

TIPO**1****Endere**

EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

EDIÇÃO 2026/2027

TARDE**ÁREA DE ATUAÇÃO****EMERGÊNCIA 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!

Medicina de Emergência

1

Paciente de 57 anos, portador de obesidade, diabetes mellitus 2 e hipertensão arterial, procura serviço de emergência com quadro álgico intenso em joelho esquerdo de piora rápida com início há aproximadamente 24h associado a calor, rubor, edema e diminuição da mobilidade articular gerando claudicação. Encontra-se febril com Tax de 38,7 °C. Leucograma mostra 19.600 cel/mm³ e PCR 67 mg/L. Nega quadros similares anteriores. Artrocentese realizada revela líquido sinovial turvo com presença de leucometria bastante aumentada com predomínio de neutrófilos.

A conduta mais adequada neste caso é

- (A) injetar corticoesteroide intra-articular prontamente para alívio da dor e da inflamação.
- (B) dosar o ácido úrico sérico e, caso venha elevado, iniciar imediatamente tratamento para gota sem pedir o estudo microbiológico.
- (C) aguardar o resultado da cultura do líquido sinovial antes de iniciar qualquer terapêutica específica incluindo antibióticos.
- (D) iniciar antibioticoterapia empírica após coleta da cultura do líquido sinovial e programar drenagem articular o quanto antes.
- (E) iniciar colchicina de forma empírica antes dos resultados dos exames do líquido articular.

2

Um homem de 64 anos dá entrada no pronto-socorro com dor bastante intensa em flanco esquerdo e fossa ilíaca homolateral associada a febre e diarreia.

Ao exame físico, o abdômen apresenta-se bastante doloroso à palpação profunda e defesa em fossa ilíaca esquerda sem sinais de irritação peritoneal. Paciente sem sinais ou sintomas de sepse. O hemograma mostra 19.300 leucócitos/mm³ com desvio à esquerda e PCR elevada. A tomografia computadorizada do abdômen com contraste mostrou diverticulite aguda do sigmoide e reduzida coleção pericólica de 1,5 cm com ausência de pneumoperitônio ou abscesso em outro sítio.

A conduta mais adequada é

- (A) realizar colonoscopia prontamente, durante a fase aguda, para excluir tumor de cólon.
- (B) realizar colectomia sigmoide de urgência devido ao abscesso.
- (C) liberar paciente para casa com antibiótico oral e dieta.
- (D) fazer drenagem percutânea devido à coleção pericólica.
- (E) iniciar antibioticoterapia intravenosa, hidratação, analgesia e reavaliar a evolução clínica e de imagem com paciente hospitalizado.

3

Um paciente de 47 anos dá entrada no setor de emergência, trazido por familiares, apresentando torpor, bradipneia, hipoventilação, pele fria e hipotensão. As pupilas encontravam-se puntiformes não reativas ao exame clínico.

A família encontrou comprimidos de codeína espalhados pela cama do paciente e várias embalagens vazias da medicação. Além da intoxicação exógena por opioides, que é o caso em questão, uma outra condição patológica que gera pupilas como as descritas acima é a lesão

- (A) hipotalâmica.
- (B) tectal mesencéfala.
- (C) do III par craniano.
- (D) de ponte.
- (E) diencéfala.

4

Um homem de 70 anos, tabagista inveterado de longa data e com diagnóstico de DPOC procura serviço de emergência devido à piora da dispneia, aumento do volume de expectoração, além de aparecimento de purulência no escarro, um quadro iniciado há 4 dias.

Ao exame: dispneico, lúcido e orientado. Normotenso FR-30 irpm, Saturação de oxigênio 83 % em ar ambiente. Gasometria arterial: pH 7,28, PaCO₂: 68 mmHg e PaO₂: 53 mmHg.

Após oxigenoterapia, a dispneia persiste junto com a acidose respiratória.

A conduta mais adequada é

- (A) instalar oxigênio em alto fluxo objetivando saturação de 100% e intubação orotraqueal imediata.
- (B) administrar apenas corticoesteroide venoso e aguardar resposta clínica antes de instalar suporte ventilatório.
- (C) administrar furosemida venosa para mitigar a hiperinsuflação pulmonar e otimizar a troca gasosa.
- (D) iniciar ventilação não invasiva (VNI) associada a broncodilatores de curta ação, corticoide sistêmico e antibioticoterapia venosa.
- (E) iniciar VNI somente se PaCO₂ ultrapassar 80 mmHg, já que valores inferiores não indicam insuficiência respiratória grave.

5

Um homem de 63 anos, internado por hemorragia digestiva alta com grande perda sanguínea, recebe uma unidade de concentrado de hemácias. Dez minutos após o início da transfusão, apresenta febre, calafrios intensos, dor lombar, náuseas, dispneia e sensação de morte iminente. Evolui com hipotensão e urina de coloração escura.

A conduta imediata mais adequada é

- (A) reduzir a velocidade da transfusão e administrar anti-histamínico, mantendo a transfusão se os sintomas melhorarem.
- (B) interromper imediatamente a transfusão, manter acesso venoso com solução fisiológica utilizando equipo novo, comunicar o banco de sangue e iniciar investigação e suporte para hemólise e choque.
- (C) administrar corticosteroide intravenoso e reiniciar a transfusão após 30 minutos, caso a temperatura normalize.
- (D) administrar furosemida e manter a transfusão com gotejamento mais lento para evitar sobrecarga circulatória.
- (E) administrar concentrado de hemácias do mesmo tipo sanguíneo do paciente o quanto antes pois a anemia deve ser corrigida por trata-se de quadro agudo pela hemorragia digestiva grave.

6

Uma paciente de 67 anos, hipertensa e diabética, apresenta vertigem súbita e intensa, iniciada há 6 horas, associada a vômitos e dificuldade importante para caminhar. Nega perda auditiva. Ao exame, apresenta nistagmo espontâneo, mas o examinador não consegue realizar adequadamente o teste de HINTS por falta de treinamento específico. Não há déficit motor evidente. A vertigem persiste mesmo em repouso.

A conduta mais adequada é

- (A) diagnosticar vertigem periférica pela presença de nistagmo e iniciar meclizina, sem necessidade de neuroimagem.
- (B) solicitar tomografia de crânio sem contraste; se normal, excluir acidente vascular cerebral e dar alta.
- (C) considerar acidente vascular cerebral de circulação posterior e realizar investigação neurológica e neuroimagem adequada, preferencialmente ressonância magnética com difusão quando disponível.
- (D) realizar manobra de Epley imediatamente, pois a vertigem intensa é característica de vertigem posicional paroxística benigna.
- (E) administrar benzodiazepínico e manter observação até desaparecimento completo dos sintomas, sem necessidade de investigação vascular.

7

Uma mulher de 33 anos, vítima de traumatismo cranioencefálico grave após acidente automobilístico, é transportada para o hospital por ambulância do corpo de bombeiros. Na admissão, apresenta Glasgow 7, pupilas isocóricas e fotorreagentes. A tomografia de crânio demonstra hematoma subdural agudo volumoso, edema cerebral difuso e desvio da linha média. Após estabilização inicial, evolui com hipertensão arterial, bradicardia e alteração pupilar progressiva com piora neurológica rapidamente progressiva.

A conduta imediata mais adequada é

- (A) realizar punção lombar para medir diretamente a pressão intracraniana e controlá-la de acordo com a raquimetria para avaliar abordagem pela neurocirurgia.
- (B) administrar solução hipotônica intravenosa para reduzir a osmolaridade plasmática e manter cabeça a 45 graus.
- (C) garantir oxigenação e ventilação adequadas e administrar terapia hiperosmolar, como solução salina hipertônica ou manitol, enquanto se providencia provável tratamento neurocirúrgico.
- (D) induzir hiperventilação em prótese ventilatória, buscando PaCO_2 abaixo de 20 mmHg sustentada por longo tempo como meta.
- (E) administrar corticosteroide em altas doses para reduzir o edema cerebral traumático.

8

Paciente masculino de 31 anos, sem comorbidades, procura a emergência com dor súbita, intensa e em cólica no flanco direito, irradiando para a região inguinal, associada a náuseas e vômitos. Apresenta-se afebril, algo agitado pela dor, PA 137/85 mmHg e FC 98 bpm. O EAS (urina tipo 1) demonstra hematuria microscópica. A ultrassonografia evidencia cálculo ureteral distal de 5 mm, com discreta hidronefrose, sem sinais de pielonefrite.

A conduta clínica mais adequada é

- (A) administrar anti-inflamatório não esteroidal e antiemético.
- (B) instalar hidratação venosa copiosa e de rápido gotejamento visando expulsar o cálculo,
- (C) usar precocemente opioides para reduzir o tempo do episódio álgico.
- (D) iniciar antibioticoterapia intravenosa profilática,
- (E) contactar urologista pois trata-se de cálculo de 5mm em ureter e essa dimensão não o torna expelível, além de o paciente já apresentar hidronefrose.

9

Um homem de 25 anos é levado ao pronto-socorro após participar de uma festa. Amigos que o acompanhavam relatam ingestão de MDMA há aproximadamente 3 horas. Apresenta agitação intensa, hipertermia (40,2 °C), sudorese profusa, taquicardia de 148 bpm e confusão mental. Encontra-se desorientado e apresenta tremor e hiperreflexia.

Exames laboratoriais mostram sódio de 121 mEq/L, CK elevada e aumento da creatinina sérica.

A conduta imediata mais adequada é

- (A) administrar dantroleno como tratamento de primeira linha e restringir líquidos para corrigir a hiponatremia.
- (B) administrar benzodiazepínico, realizar resfriamento externo agressivo e corrigir cuidadosamente a hiponatremia, com tratamento das complicações associadas.
- (C) administrar haloperidol para controlar a agitação e reduzir a hipertermia.
- (D) administrar solução salina hipotônica para corrigir a hipernatremia associada ao uso de MDMA.
- (E) administrar propranolol intravenoso para controlar a taquicardia e reduzir a hipertermia.

10

Uma paciente de 34 anos, com doença de Graves sem tratamento regular, é admitida na emergência por febre alta, agitação, vômitos e palpitações iniciados há 24 horas.

Ao exame: temperatura 40,1 °C, FC 156 bpm, PA 148/78 mmHg, FR 28 irpm. Está confusa, apresenta tremores intensos e sudorese profusa. Há bócio difuso e hiperreflexia.

Exames mostram TSH < 0,01 mUI/L e T4 livre marcadamente elevado. Durante a investigação, é identificada pneumonia como provável fator precipitante.

A melhor conduta para o caso é

- (A) administrar iodo imediatamente, antes de qualquer outra medicação, para bloquear a síntese dos hormônios tireoidianos.
- (B) administrar apenas propranolol e aguardar a normalização espontânea dos hormônios tireoidianos.
- (C) administrar levotiroxina para corrigir rapidamente a supressão do TSH.
- (D) administrar radioiodo imediatamente, pois é o tratamento definitivo mais rápido da doença de Graves.
- (E) iniciar betabloqueador, PTU e, após intervalo adequado, iodo, associado a glicocorticoide e medidas de suporte.

11

Um homem de 30 anos é retirado inconsciente de uma piscina após permanecer submerso por tempo desconhecido. Na chegada da equipe de emergência encontra-se em apneia, sem pulso e sem resposta a estímulos.

Após retirar a vítima da água e colocá-la em superfície firme, a conduta prioritária é

- (A) realizar cinco ventilações iniciais de resgate, seguidas de reavaliação e início da ressuscitação cardiopulmonar conforme o protocolo de parada cardiorrespiratória.
- (B) realizar compressões torácicas imediatamente, sem realizar ventilações, como em uma parada cardiorrespiratória de causa cardíaca.
- (C) realizar a manobra de Heimlich para remover a água aspirada dos pulmões antes de iniciar a ressuscitação.
- (D) colocar a vítima em posição lateral de segurança e aguardar a recuperação espontânea da respiração.
- (E) administrar furosemida intravenosa para reduzir o edema pulmonar causado pela aspiração de água.

12

Uma paciente de 59 anos, com diagnóstico recente de carcinoma de mama metastático, procura a emergência por náuseas, constipação, poliúria, polidipsia e confusão mental há quatro dias.

Ao exame: desidratada, PA 94/60 mmHg, FC 112 bpm.

Exames laboratoriais mostram: cálcio total: 15,9 mg/dL; albumina: 3,1 g/dL; creatinina: 2,3 mg/dL; fósforo: reduzido.

PTH: suprimido.

A conduta mais adequada nesse caso é

- (A) restringir a ingestão de líquidos e administrar tiazídico para reduzir a excreção renal de cálcio.
- (B) administrar gluconato de cálcio intravenoso para estabilizar a membrana miocárdica.
- (C) administrar furosemida intravenosa imediatamente antes da reposição volêmica para aumentar a calciúria.
- (D) administrar calcitriol para aumentar a absorção intestinal de cálcio e corrigir o distúrbio.
- (E) iniciar hidratação vigorosa com solução salina isotônica, seguida de tratamento específico para redução do cálcio, conforme a etiologia e a gravidade.

13

Um jovem de 20 anos, leptossômico, previamente hígido, procura a emergência com dor torácica súbita e dispneia iniciadas há 1 hora. Nega trauma recente.

Ao exame, apresenta FC 108 bpm, PA 124/78 mmHg, FR 26 irpm e SpO₂ 94% em ar ambiente. A ausculta revela redução importante do murmúrio vesicular à esquerda. Radiografia de tórax evidencia pneumotórax espontâneo à esquerda, com aproximadamente 1,7 cm. O paciente permanece hemodinamicamente estável.

A conduta mais correta é

- (A) colocar dreno torácico em selo d'água o quanto antes.
- (B) realizar punção descompressiva imediata com agulha, pois todo pneumotórax espontâneo apresenta risco iminente de evolução para pneumotórax hipertensivo.
- (C) realizar oxigenoterapia, analgesia e observação e reavaliação clínica/radiológica, considerando drenagem torácica se houver aumento do pneumotórax.
- (D) administrar oxigênio e liberar o paciente sob orientação, sem necessidade de acompanhamento radiológico.
- (E) administrar diurético intravenoso para acelerar a re-expansão pulmonar.

14

Um paciente de 69 anos, com insuficiência cardíaca, apresenta dispneia progressiva há 10 dias, tosse e um episódio febril não aferido. Ao exame, está hemodinamicamente estável, com redução do murmúrio vesicular e macicez à percussão na base pulmonar direita. A radiografia demonstra derrame pleural moderado, predominantemente à direita. É realizada toracocentese diagnóstica. Os resultados do líquido pleural e séricos são: Proteínas no líquido: 4,0 g/dL ; Proteínas séricas: 6,5 g/dL ; LDH no líquido: 220 U/L ; LDH sérico: 300 U/L ; Glicose: 92 mg/dL ; pH: 7,42.

A interpretação mais adequada desses resultados laboratoriais é que se trata de

- (A) transudato, pois o paciente apresenta insuficiência cardíaca.
- (B) exsudato, pois o líquido satisfaz critérios de Light para exsudato.
- (C) empiema, pois todo derrame pleural com proteína elevada é infeccioso.
- (D) hemotórax, devendo-se realizar drenagem torácica imediata.
- (E) quilotórax, sendo necessária dosagem de triglicerídeos para confirmar o diagnóstico.

15

Um homem de 63 anos, com antecedente de hipertensão arterial, chega ao pronto-socorro com palpitações de início súbito, dor torácica e dispneia há aproximadamente 45 minutos.

Ao exame: PA 78/46 mmHg, FC 190 bpm, FR 28 irpm, SpO₂ 90% em ar ambiente. Está sudoreico, confuso e apresenta extremidades frias. O ECG demonstra taquicardia regular de complexos QRS largos, com frequência de 195 bpm.

A conduta imediata mais adequada é

- (A) administrar adenosina intravenosa em bolus e aguardar a conversão para ritmo sinusal.
- (B) amiodarona intravenosa e observar a resposta antes de realizar qualquer procedimento elétrico.
- (C) cardioversão elétrica sincronizada imediata.
- (D) verapamil intravenoso, pois a taquicardia é regular.
- (E) desfibrilação elétrica não sincronizada imediatamente.

16

Paciente de 32 anos, previamente hígido, está no 5º dia de doença febril compatível com dengue. Nas últimas horas, apresentou dor abdominal intensa e contínua, vômitos persistentes e tontura.

Ao exame: PA 88/58 mmHg, FC 120 bpm, extremidades frias e tempo de enchimento capilar de 4 segundos. Apresenta hematócrito de 48%, anteriormente 40%, e plaquetas de 62.000/mm³.

O mais correto a ser feito é

- (A) administrar corticoide para reduzir a inflamação e prevenir eventos trombóticos.
- (B) realizar expansão volêmica imediata com solução cristaloide isotônica, com reavaliação clínica frequente e monitorização rigorosa.
- (C) iniciar vitamina K para prevenção de hemorragias.
- (D) dispensar hidratação venosa, pois a elevação do hematócrito indica hemoconcentração leve que pode ser corrigida apenas com hidratação oral.
- (E) transfundir plaquetas devido à plaquetopenia.

17

Uma mulher de 37 anos é atendida no pronto-socorro minutos após ingerir camarão. Evoluiu rapidamente com urticária generalizada, edema de lábios, rouquidão, dispneia e tontura. Ao exame: PA 78/46 mmHg, FC 128 bpm, FR 33 irpm, SpO₂ 88% em ar ambiente. Apresenta sibilos difusos e estridor inspiratório.

A conduta correta é

- (A) administrar anti-histamínico intravenoso e corticosteroide em dose alta.
- (B) administrar adrenalina 0,5 mg por via intramuscular na face anterolateral da coxa, podendo repetir a cada 5–15 minutos conforme resposta, associada às medidas de suporte.
- (C) administrar adrenalina 0,5 mg por via intravenosa em bolus, devido à presença de choque.
- (D) administrar salbutamol por nebulização como tratamento inicial, deixando a adrenalina para caso de piora respiratória.
- (E) realizar expansão volêmica e administrar corticosteroide intravenoso, reservando a adrenalina para anafilaxia refratária.

18

Um homem de 65 anos, hipertenso, apresenta palpitações e dispneia leve a moderada de início há aproximadamente 6 horas. Ao exame, encontra-se consciente, PA 130/76 mmHg, FC 156 bpm, SpO₂ 96% em ar ambiente, sem sinais de congestão pulmonar ou choque.

O ECG demonstra fibrilação atrial com resposta ventricular rápida. Não há evidências de síndrome coronariana aguda.

A conduta mais adequada ao caso é

- (A) realizar cardioversão elétrica sincronizada imediata.
- (B) realizar digitálico intravenoso para controle da frequência ventricular.
- (C) administrar adenosina para reverter a fibrilação atrial.
- (D) realizar cardioversão farmacológica com amiodarona, obrigatoriamente.
- (E) fazer controle da frequência ventricular com betabloqueador ou bloqueador de canal de cálcio não di-hidropiridínico e avaliar o risco tromboembólico.

19

Um homem de 69 anos, com história de cirrose hepática e uso crônico de anti-inflamatórios, chega ao pronto-socorro com hematemese volumosa e melena iniciadas há duas horas. Está pálido, sudoreico e confuso. PA 80/48 mmHg, FC 128 bpm, FR 24 irpm.

Após dois acessos venosos calibrosos, são coletados exames e iniciada monitorização. Hemoglobina inicial: 8,1 g/dL; plaquetas: 92.000/mm³; INR: 1,8.

A conduta mais adequada é

- (A) realizar endoscopia digestiva alta imediatamente, antes de qualquer reposição volêmica, para identificar e tratar a fonte do sangramento.
- (B) transfundir concentrados de hemácias imediatamente até atingir hemoglobina ≥ 10 g/dL, independentemente da condição clínica.
- (C) estabilizar hemodinamicamente com cristaloide, avaliar necessidade de transfusão, proteger a via aérea quando indicada e realizar endoscopia após estabilização inicial.
- (D) administrar vitamina K intravenosa e aguardar a normalização do INR antes de realizar endoscopia.
- (E) iniciar ácido tranexâmico intravenoso como tratamento de primeira linha e postergar a endoscopia por 24 horas.

20

Uma paciente de 43 anos, vivendo com HIV, sem tratamento antirretroviral regular, apresenta cefaleia, febre baixa, confusão mental e hemiparesia direita há duas semanas. A contagem de linfócitos T-CD4+ é de 41 células/mm³. A ressonância magnética de encéfalo demonstra múltiplas lesões nodulares com realce anelar pelo contraste, predominantemente nos gânglios da base, acompanhadas de edema perilesional. A sorologia para *Toxoplasma gondii* IgG é positiva e com títulos altos.

Diante da forte suspeita de neurotoxoplasmose, a conduta terapêutica mais adequada é

- (A) iniciar imediatamente terapia antirretroviral e aguardar resposta clínica antes de iniciar tratamento específico para toxoplasmose.
- (B) iniciar sulfadiazina + pirimetamina + ácido folínico por seis semanas e iniciar a TARV em até sete dias após o início do tratamento da neurotoxoplasmose, individualizando a introdução da TARV se houver efeito de massa ou hipertensão intracraniana.
- (C) iniciar apenas sulfametoxazol-trimetoprima por sete dias, seguido de manutenção com sulfadiazina.
- (D) administrar corticosteroide para reduzir o edema cerebral e anticonvulsivante profilático, independentemente da presença de convulsões.
- (E) realizar biópsia cerebral obrigatoriamente antes de iniciar tratamento, pois a sorologia IgG positiva não permite diagnóstico presuntivo.

21

Um homem de 26 anos, com anemia falciforme (HbSS), procura serviço de emergência com dor intensa em região lombar e membros inferiores há 12 horas, semelhante a crises anteriores. Refere febre de 38,5 °C e tosse produtiva iniciadas no dia anterior.

Ao exame: FC 120 bpm, PA 100/70 mmHg, FR 26 irpm e SpO₂ 89% em ar ambiente. Ausculta pulmonar revela crepitações em base direita. Radiografia de tórax demonstra novo infiltrado pulmonar. Hemoglobina: 7,2 g/dL, semelhante ao valor basal.

A melhor conduta, no caso, é

- (A) tratar exclusivamente a crise álgica com opioides, pois o infiltrado pulmonar é provavelmente decorrente da hipoventilação causada pela dor.
- (B) realizar transfusão de concentrado de hemácias apenas se a hemoglobina estiver abaixo de 5 g/dL.
- (C) iniciar antibioticoterapia para provável síndrome torácica aguda, administrar oxigênio e realizar analgesia adequada, com avaliação da necessidade de transfusão.
- (D) administrar ferro intravenoso para corrigir a anemia e aumentar a capacidade de transporte de oxigênio.
- (E) administrar bicarbonato de sódio para corrigir a acidose e reduzir a polimerização da hemoglobina S.

22

Um homem de 33 anos procura o pronto-socorro 7 dias após ter tido contato com enchente. Apresenta febre alta, cefaleia intensa, mialgia predominante em panturrilhas, hiperemia conjuntival, náuseas e vômitos. Nas últimas 24 horas, evoluiu com oligúria, icterícia e dispneia.

Exames laboratoriais: creatinina 3,2 mg/dL, bilirrubina total 12 mg/dL (predomínio direto), plaquetas 68.000/mm³ e leucocitose. A radiografia de tórax demonstra infiltrado pulmonar bilateral.

A conduta mais adequada é

- (A) aguardar confirmação sorológica antes de iniciar antibioticoterapia.
- (B) iniciar doxiciclina oral, pois a presença de insuficiência renal contraindica penicilina.
- (C) administrar corticoide em altas doses como tratamento principal, pois a hemorragia pulmonar é manifestação típica da leptospirose.
- (D) iniciar antibioticoterapia intravenosa, como penicilina G cristalina ou ceftriaxona, associada ao suporte intensivo das disfunções orgânicas.
- (E) administrar apenas hidratação venosa e furosemida, pois a insuficiência renal é autolimitada na maioria dos casos.

23

Um homem de 45 anos é levado ao pronto-socorro uma hora após ingerir grande quantidade de um produto de limpeza contendo substância alcalina. Apresenta sialorreia, odinofagia e dor retroesternal, mas mantém pressão arterial e saturação normais.

Ao exame, há lesões eritematosas na mucosa oral. Não apresenta sinais de perfuração ou instabilidade hemodinâmica.

A conduta certa, ao receber esse paciente, é

- (A) administrar solução de bicarbonato de sódio para neutralizar o agente cáustico.
- (B) realizar endoscopia digestiva alta precoce, após estabilização clínica e avaliação das vias aéreas.
- (C) administrar carvão ativado e observar o paciente por 24 horas.
- (D) realizar lavagem gástrica com solução fisiológica nas primeiras 2 horas após a ingestão.
- (E) induzir vômitos para remover o produto ingerido e reduzir sua exposição à mucosa.

24

Um homem de 62 anos, com diagnóstico recente de câncer de pulmão de pequenas células, é levado ao pronto-socorro por confusão mental, náuseas, fraqueza e constipação.

Ao exame, apresenta-se desidratado, sem déficits neurológicos focais. Exames laboratoriais: sódio 115 mEq/L, osmolaridade plasmática reduzida, osmolaridade urinária elevada e sódio urinário aumentado. Não apresenta edema ou sinais de insuficiência cardíaca. A função renal é normal.

A abordagem inicial deve ser

- (A) restringir água e iniciar apenas furosemida intravenosa, sem necessidade de tratamento específico da hiponatremia.
- (B) administrar rapidamente solução salina hipertônica até elevar o sódio para 140 mEq/L nas primeiras 6 horas.
- (C) administrar solução salina a 0,9% em grande volume até normalização do sódio.
- (D) administrar tolvaptana como tratamento inicial obrigatório, independentemente da gravidade dos sintomas.
- (E) administrar solução salina hipertônica a 3% em paciente sintomático, com monitorização rigorosa da natremia e correção controlada.

25

Paciente de 37 anos, previamente hígida, apresenta dor abdominal inicialmente epigástrica, que migrou para a fossa ilíaca direita há 48 horas, associada a febre, anorexia e vômitos.

Ao exame, apresenta temperatura de 38,9 °C, FC 115 bpm e dor intensa em fossa ilíaca direita, com defesa localizada, mas sem sinais de peritonite difusa. Leucócitos: 19.900/mm³, com 87% de neutrófilos. PCR: 275 mg/L. A tomografia computadorizada de abdome demonstra apêndice de 12 mm, com espessamento parietal e apendicolito, além de coleção periapendicular de 6 cm, com gás em seu interior. Não há pneumoperitônio difuso nem evidência de obstrução intestinal. A melhor abordagem consiste em:

- (A) Apendicectomia laparoscópica imediata, independentemente da presença da coleção, pois todo abscesso periapendicular deve ser drenado cirurgicamente.
- (B) tratamento exclusivo com antibióticos intravenosos, sem drenagem, pois coleções periapendiculares maiores que 5 cm apresentam contraindicação à abordagem invasiva.
- (C) drenagem percutânea da coleção associada a antibioticoterapia, com reavaliação clínica e programação de apendicectomia intervalar conforme evolução e contexto clínico.
- (D) colonoscopia de urgência para excluir neoplasia de ceco antes de qualquer intervenção.
- (E) tratamento ambulatorial com antibiótico oral, pois a ausência de peritonite difusa indica apendicite não complicada.

26

Um paciente de 59 anos, portador de cirrose hepática por álcool, é internado por confusão mental, sonolência e desorientação iniciadas há dois dias. Ao exame, apresenta ascite, icterícia e asterixis. Familiares relatam que ele estava constipado havia quatro dias. Não apresenta febre ou sinais focais neurológicos. Exames laboratoriais mostram bilirrubina elevada, INR 1,9 e amônia plasmática aumentada. Não há evidências de hipoglicemia ou distúrbios hidroeletrólíticos importantes. O procedimento mais indicado é

- (A) restringir rigorosamente proteínas da dieta até a normalização da amônia.
- (B) administrar benzodiazepínico para controlar a agitação e melhorar o sono.
- (C) iniciar lactulose, titulando a dose para obtenção de aproximadamente 2–3 evacuações amolecidas por dia, além de pesquisar e tratar fatores precipitantes.
- (D) administrar flumazenil como tratamento de primeira linha, independentemente de história de uso de benzodiazepínico.
- (E) administrar rifaximina isoladamente como tratamento inicial, suspendendo a lactulose.

27

Um homem de 42 anos, sem cardiopatia conhecida, procura UPA por palpitações de início súbito há 40 minutos, associadas a leve tontura. Ao exame, está consciente, orientado, com PA 118/72 mmHg, FC 190 bpm e saturação de O₂ de 98%. O ECG demonstra taquicardia regular de complexos QRS estreitos, com frequência ventricular de 190 bpm. Não há sinais de isquemia miocárdica ou instabilidade hemodinâmica.

Na abordagem clínica, o melhor a ser feito é realizar

- (A) administração intravenosa de amiodarona.
- (B) cardioversão elétrica sincronizada imediata.
- (C) administração intravenosa de verapamil, independentemente da avaliação do estado hemodinâmico.
- (D) administração de lidocaína intravenosa.
- (E) manobra vagal e, se ineficaz, administrar adenosina intravenosa em bolus rápido.

28

Um homem de 35 anos, previamente saudável, procura o serviço de emergência com dor torácica intensa, pleurítica, que piora em decúbito dorsal e melhora ao sentar-se e inclinar o tronco para frente. Apresenta também mal-estar geral e febre baixa (37,8°C) iniciados há 3 dias. Relata quadro de infecção de vias aéreas superiores na semana anterior. À ausculta cardíaca, percebe-se atrito pericárdico trifásico. O eletrocardiograma mostra supradesnivelamento difuso do segmento ST, de concavidade superior, em praticamente todas as derivações, associado a infradesnivelamento do segmento PR. O ecocardiograma transtorácico evidencia discreto derrame pericárdico, sem sinais de tamponamento. A troponina está discretamente elevada.

Diante do diagnóstico de pericardite aguda, o tratamento farmacológico de primeira linha mais apropriado para esse paciente é

- (A) corticoide sistêmico oral em monoterapia, indicado como primeira escolha em todos os casos de pericardite aguda.
- (B) anti-inflamatório não esteroide associado à colchicina.
- (C) antibioticoterapia empírica de amplo espectro, já que a etiologia infecciosa bacteriana é a mais provável nesse quadro.
- (D) pericardiocentese de urgência indicada para diagnóstico e tratamento.
- (E) monitorização cardíaca cuidadosa já que a troponina veio elevada.

29

Uma mulher de 38 anos, epilética em uso crônico de fenobarbital, é trazida ao pronto-socorro pela família após ser encontrada com rebaixamento do nível de consciência. Familiares relatam tentativa de suicídio com ingestão de cerca de 40 comprimidos de fenobarbital 100 mg há aproximadamente 2 horas. Ao exame: Glasgow 9, pupilas mióticas e fotorreagentes, pressão arterial de 85 x 50 mmHg, bradicardia leve, temperatura de 35°C e frequência respiratória de 10 irpm, com necessidade de suporte ventilatório. Familiares negam uso de outras substâncias. Diante desse quadro de intoxicação exógena grave por fenobarbital, além do suporte hemodinâmico e ventilatório, a medida mais indicada para aumentar a eliminação do fármaco é

- (A) flumazenil endovenoso.
- (B) alcalinização urinária com bicarbonato de sódio associada a doses múltiplas de carvão ativado.
- (C) acidificação urinária com cloreto de amônio.
- (D) naloxona e acetilcisteína endovenosas.
- (E) hemodiálise imediata.

30

Um jovem de 19 anos é trazido ao pronto-socorro por poliúria, polidipsia, dor abdominal, náuseas e vômitos iniciados há 2 dias, evoluindo com respiração de Kussmaul e hálito cetônico. Glicemia capilar de 480 mg/dL. Gasometria arterial: pH 7,12, bicarbonato 8 mEq/L. Cetonemia positiva. Potássio sérico de 3,0 mEq/L, com função renal preservada e diurese presente. Eletrocardiograma sem sinais de hipercalemia. Já foi iniciada hidratação venosa com solução salina isotônica.

Com o diagnóstico de cetoacidose diabética, considerando o potássio sérico de 3,0 mEq/L, a conduta mais apropriada em relação à insulinoterapia é

- (A) iniciar bicarbonato de sódio endovenoso como primeira medida terapêutica, pelo pH menor que 7,2, antes de qualquer outra intervenção.
- (B) restringir a hidratação venosa nesse paciente pelo risco de edema cerebral, iniciando apenas insulinoterapia isolada.
- (C) iniciar insulinoterapia em bolus endovenoso único, seguida apenas de hidratação, sem necessidade de reposição de potássio nesse nível sérico.
- (D) postergar o início da insulinoterapia e priorizar a reposição de potássio endovenoso, iniciando a insulina somente quando o cálcio atingir valor igual ou superior a 3,3 mEq/L.
- (E) iniciar insulinoterapia endovenosa em infusão contínua imediatamente, associada a reposição concomitante de potássio, independentemente do valor sérico encontrado.

31

Uma mulher de 36 anos, tabagista, em uso de contraceptivo oral combinado procura a emergência com cefaleia holocraniana intensa, de caráter progressivo, iniciada há 12 horas, com piora a manobras de Valsalva e ao decúbito, associada a náuseas e um episódio de turvação visual transitória. Nega febre, rigidez de nuca ou fotofobia. Pressão arterial normal. Ao exame neurológico, encontra-se lúcida, orientada e sem déficits focais, porém a fundoscopia revela papiledema bilateral. A tomografia de crânio sem contraste é inicialmente interpretada como normal.

Diante da suspeita de trombose venosa cerebral, a conduta mais adequada é

- (A) iniciar antibioticoterapia empírica para meningite bacteriana, antes do diagnóstico de quadro vascular cerebral.
- (B) contraindicar anticoagulação em caso de confirmação diagnóstica, pelo risco de transformação hemorrágica do infarto venoso.
- (C) solicitar angiotomografia ou angiorressonância venosa cerebral para confirmação diagnóstica e iniciar anticoagulação plena com heparina em caso de trombose venosa.
- (D) realizar punção lombar imediatamente, sem exame de imagem prévio, já que o papiledema não contraindica o procedimento.
- (E) descartar trombose venosa cerebral com base na tomografia de crânio sem contraste normal, sem necessidade de exames adicionais.

32

Uma mulher de 68 anos, previamente hígida, é trazida ao pronto-socorro com dor torácica intensa e dispneia de início súbito, logo após receber a notícia do falecimento inesperado do marido. O eletrocardiograma mostra supradesnívelamento do segmento ST em derivações anteriores. A troponina está moderadamente elevada. É realizado cateterismo cardíaco de urgência, que não evidencia lesões obstrutivas significativas nas artérias coronárias. O ecocardiograma revela acinesia/discinesia extensa da região apical do ventrículo esquerdo, com hipercinesia compensatória da região basal (aspecto de "balonamento apical"), e fração de ejeção de 35%. O BNP está marcadamente elevado, desproporcional ao grau de elevação da troponina.

Diante desse quadro, o diagnóstico mais provável é

- (A) miocardite viral aguda, diagnóstico confirmado pela ausência de lesões obstrutivas ao cateterismo cardíaco.
- (B) embolia pulmonar maciça, causa mais provável de disfunção ventricular esquerda transitória nesse contexto.
- (C) dissecção aguda de aorta tipo A, que classicamente cursa com o padrão de balonamento apical observado ao ecocardiograma.
- (D) infarto agudo do miocárdio com supradesnívelamento do segmento ST, causado por obstrução trombótica aguda da artéria descendente anterior.
- (E) síndrome de Takotsubo (síndrome do coração partido), desencadeada por estresse emocional intenso, com disfunção ventricular transitória na ausência de obstrução coronariana significativa.

33

Um homem de 52 anos, com histórico de etilismo importante, é levado ao pronto-socorro após episódio de vômitos intensos e repetidos durante uma libação alcoólica, seguido imediatamente de dor torácica retroesternal súbita e intensa, associada a dispneia. Ao exame, encontra-se taquicárdico, taquipneico e hipotenso, com enfisema subcutâneo palpável em região cervical e torácica; à ausculta cardíaca, percebe-se ruído crepitante sincrônico com os batimentos cardíacos (sinal de Hamman). A radiografia de tórax evidencia pneumomediastino e derrame pleural à esquerda. O quadro é sugestivo de síndrome de Boerhaave (ruptura esofágica espontânea).

A conduta diagnóstica e terapêutica mais adequada é

- (A) confirmar o diagnóstico com esofagografia contrastada com contraste hidrossolúvel (ou tomografia com contraste oral) e encaminhar para reparo cirúrgico de urgência, associado a antibioticoterapia de amplo espectro.
- (B) confirmar o diagnóstico com esofagografia baritada, por sua maior sensibilidade e segurança nesse contexto.
- (C) tratar conservadoramente com jejum e antibioticoterapia isolada, reservando a cirurgia apenas para casos de falha do tratamento clínico após 7 dias.
- (D) realizar endoscopia digestiva alta imediata como primeira conduta, insuflando ar livremente para melhor visualização da lesão.
- (E) iniciar trombolítico endovenoso, pela suspeita de síndrome coronariana aguda associada ao quadro.

34

Uma mulher de 78 anos, com fibrilação atrial crônica em uso irregular de anticoagulante oral, procura o pronto-socorro com dor abdominal periumbilical intensa, de início súbito há 3 horas, desproporcional aos achados ao exame físico: abdome discretamente distendido, porém flácido, com dor leve à palpação superficial e ausência de sinais de irritação peritoneal. Refere náuseas e um episódio de vômito, sem febre. O lactato sérico está discretamente elevado (2,2 mmol/L). A radiografia simples de abdome não mostra alterações significativas.

Diante da suspeita de isquemia mesentérica aguda, a conduta diagnóstica mais apropriada nesse momento é

- (A) angiotomografia de abdome, exame de escolha para confirmação diagnóstica precoce, mesmo com lactato ainda discretamente elevado e radiografia simples normal.
- (B) aguardar elevação mais expressiva do lactato sérico antes de solicitar exame de imagem, já que a lactatemia normal ou discretamente elevada praticamente exclui o diagnóstico.
- (C) solicitar radiografia simples de abdome seriada, exame de escolha para o diagnóstico de isquemia mesentérica aguda.
- (D) indicar laparotomia exploradora imediata, independentemente da estabilidade clínica e sem necessidade de exame de imagem prévio.
- (E) postergar a investigação até o aparecimento de sinais de irritação peritoneal, que confirmariam o diagnóstico com maior especificidade

35

Um paciente de 58 anos, com história de etilismo pesado e diário há mais de 20 anos, é trazido ao pronto-socorro pela família por tremores importantes de extremidades, agitação psicomotora, sudorese profusa e taquicardia, iniciados cerca de 36 horas após a última ingestão de bebida alcoólica (interrupção abrupta por internação por outro motivo). Refere também ter apresentado alucinações visuais transitórias nas últimas horas.

Ao exame: FC 118 bpm, PA 162 x 98 mmHg, tremor fino de extremidades, sudorese, hiper-reflexia, sem rebaixamento do nível de consciência. Glicemia capilar normal.

Nessa situação de síndrome de abstinência alcoólica aguda, a conduta terapêutica mais correta é

- (A) fenobarbital em monoterapia como primeira escolha, reservando os benzodiazepínicos apenas para casos refratários.
- (B) benzodiazepínico em doses tituladas conforme escala sintomática, associado à reposição de tiamina antes da administração de glicose.
- (C) restrição física isolada, sem necessidade de tratamento farmacológico, diante da ausência de rebaixamento do nível de consciência.
- (D) haloperidol em monoterapia, medicação de escolha para o controle da abstinência alcoólica, independentemente da gravidade do quadro.
- (E) reposição isolada de glicose hipertônica, previamente à administração de tiamina, para correção rápida do quadro confusional.

36

Uma paciente de 31 anos, previamente hígida, procura a emergência pronto-socorro com febre baixa, mal-estar e dor articular importante em ambos os tornozelos, com edema periarticular bilateral, iniciados há cerca de 2 semanas. Associadamente, apresenta lesões nodulares eritematosas, dolorosas, na face anterior de ambas as pernas. A radiografia de tórax revela adenopatia hilar bilateral simétrica, sem infiltrados parenquimatosos. Nega tosse, sudorese noturna ou perda ponderal. Sem contato com tuberculose.

Diante desse quadro clínico-radiológico, o diagnóstico mais provável e a conduta correspondente são

- (A) tuberculose ganglionar, diagnóstico confirmado pela combinação de adenopatia hilar bilateral e eritema nodoso, independentemente de investigação bacteriológica.
- (B) linfoma de Hodgkin, diagnóstico mais provável diante de adenopatia hilar bilateral simétrica, com indicação obrigatória de biópsia linfonodal antes de qualquer conduta.
- (C) síndrome de Löfgren, apresentação aguda de sarcoidose com bom prognóstico e resolução espontânea na maioria dos casos, cujo diagnóstico pode ser firmado clinicamente sem necessidade de biópsia.
- (D) febre reumática aguda, diagnóstico confirmado pela associação de poliartralgia e eritema nodoso nessa faixa etária.
- (E) artrite reativa pós-infecciosa, etiologia mais provável diante de artrite de tornozelos associada a eritema nodoso.

37

Uma mulher de 58 anos, com artrite reumatoide soropositiva de longa data, procura o pronto-socorro com febre alta, calafrios e tosse produtiva iniciados há 2 dias. Ao exame, apresenta esplenomegalia palpável (4 cm do rebordo costal) e deformidades articulares crônicas. O hemograma revela neutropenia importante (450 neutrófilos/mm³), leucócitos totais 1.800/mm³, sem outras citopenias.

Diante desse quadro de síndrome de Felty (artrite reumatoide, esplenomegalia e neutropenia) associado a febre, a conduta mais apropriada é

- (A) aguardar o resultado de hemoculturas antes de iniciar qualquer antibioticoterapia, já que a neutropenia da síndrome de Felty raramente predispõe a infecções graves.
- (B) iniciar corticoide em altas doses isoladamente, sem necessidade de antibioticoterapia, já que a febre nesse contexto é atribuída exclusivamente à atividade da artrite reumatoide de base.
- (C) indicar esplenectomia de urgência como primeira conduta, antes de qualquer estabilização clínica ou controle do foco infeccioso.
- (D) suspender o tratamento imunossupressor de base e reiniciar apenas após resolução completa do quadro infeccioso, sem outras medidas terapêuticas adicionais.
- (E) tratar como neutropenia febril, com antibioticoterapia empírica de amplo espectro imediata, dado o risco elevado de infecções graves e evolução rápida para sepse nesse contexto.

38

Um homem de 34 anos procura o pronto-socorro com dor testicular direita de início súbito e intensidade importante, iniciada há 3 horas, associada a náuseas e um episódio de vômito. Nega febre, disúria ou corrimento uretral. Ao exame, o testículo direito encontra-se aumentado de volume, elevado e com posição horizontalizada em relação ao contralateral, extremamente doloroso à palpação, com reflexo cremastérico ausente à direita.

Diante desse quadro agudo, a conduta mais apropriada é

- (A) solicitar ultrassonografia doppler testicular e aguardar seu resultado antes de qualquer decisão terapêutica, mesmo diante de quadro clínico típico e de alta probabilidade pré-teste.
- (B) iniciar antibioticoterapia empírica para epididimite aguda, diagnóstico mais provável diante de dor testicular de início súbito associada a reflexo cremastérico ausente.
- (C) tratamento conservador com analgesia e repouso, reservando a avaliação cirúrgica apenas para casos sem melhora após 24 horas.
- (D) encaminhamento imediato para exploração cirúrgica de urgência, sem aguardar confirmação por ultrassonografia com doppler, diante de quadro clínico fortemente sugestivo de torção testicular, pelo risco de perda da viabilidade testicular com o retardo.
- (E) realizar apenas elevação escrotal e aplicação de compressas geladas, medidas suficientes para o alívio definitivo da torção testicular.

39

Um homem de 66 anos procura o pronto-socorro com dispneia progressiva aos esforços e edema de membros inferiores nos últimos meses. Relata história de síndrome do túnel do carpo bilateral, submetida a correção cirúrgica em ambos os lados nos últimos dois anos, e episódio recente de equimose periorbital espontânea após tossir.

Ao exame, apresenta turgência jugular, macroglossia discreta e edema depressível bilateral de membros inferiores. O eletrocardiograma mostra baixa voltagem difusa do complexo QRS e padrão de pseudoinfarto. O ecocardiograma revela espessamento importante e concêntrico das paredes do ventrículo esquerdo, com padrão miocárdico "brilhante" (granular sparkling) e disfunção diastólica grave. Exame de urina revela proteinúria de padrão nefrótico.

Diante desse quadro sugestivo de miocardiopatia infiltrativa por amiloidose, o achado que mais reforça essa suspeita, em detrimento de hipertrofia ventricular esquerda hipertensiva, é

- (A) alta voltagem do complexo QRS ao eletrocardiograma, concordante com a hipertrofia observada ao ecocardiograma, achado típico e exclusivo da hipertrofia ventricular esquerda hipertensiva.
- (B) baixa voltagem do complexo QRS ao eletrocardiograma associada à hipertrofia ventricular esquerda importante ao ecocardiograma — discordância voltagem-massa sugestiva de miocardiopatia infiltrativa, e não hipertrófica hipertensiva.
- (C) fração de ejeção preservada isoladamente, achado que exclui miocardiopatia infiltrativa e confirma etiologia hipertensiva.
- (D) ausência de proteinúria, achado esperado e que reforça a etiologia hipertensiva da hipertrofia ventricular observada.
- (E) presença de síndrome do túnel do carpo unilateral, achado inespecífico sem relação com miocardiopatias infiltrativas.

40

Um eletricitário de 27 anos é trazido ao pronto-socorro após sofrer choque elétrico ao entrar em contato acidental com rede elétrica de alta tensão durante o trabalho, sendo arremessado a curta distância, com breve perda de consciência relatada por colegas. Ao exame, encontra-se consciente, orientado, hemodinamicamente estável, com pequenas lesões puntiformes de entrada e saída da corrente elétrica em mão direita e pé esquerdo, sem outras alterações evidentes ao exame físico inicial. O eletrocardiograma inicial não mostra alterações significativas.

Diante desse quadro de lesão por eletricidade de alta tensão, a conduta mais apropriada é

- (A) alta hospitalar imediata após avaliação inicial normal, já que lesões por eletricidade de alta tensão raramente causam dano tecidual significativo quando as lesões cutâneas de entrada e saída são discretas.
- (B) hidratação venosa vigorosa com cristalóide, visando diurese adequada para prevenção de lesão renal aguda por mioglobulinúria, associada à monitorização cardíaca contínua por pelo menos 24 horas, mesmo com eletrocardiograma inicial normal.
- (C) monitorização cardíaca limitada a poucas horas, dispensável a extensão para 24 horas, diante de eletrocardiograma inicial normal.
- (D) restrição hídrica agressiva, pelo risco de sobrecarga volêmica, mesmo na vigência de rabdomiólise estabelecida.
- (E) avaliação exclusivamente das lesões cutâneas visíveis, já que a extensão do dano tecidual profundo é sempre proporcional ao tamanho das lesões de entrada e saída.

Pediatria

41

A obesidade tem aumentado na população pediátrica e se tornado 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. Jirovecii* 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, fâcies 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 herpética.

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 rastreamento 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 rastreamento 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 90x60 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

