

TIPO

1

Endare

EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

EDIÇÃO 2026/2027

TARDE

ÁREA DE ATUAÇÃO

HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA 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!



Hematologia e Hemoterapia

1

Uma paciente de 60 anos de idade é atendida em uma unidade de pronto-atendimento (UPA) com hemorragia vaginal de grande volume, e de aparecimento súbito, poucas horas antes. Sem antecedentes de sangramento espontâneo. O exame ginecológico não mostra nenhuma lesão aparente. O médico solicita um coagulograma, que mostra um Tempo de Protrombina de 12 segundos (controle: 12 segundos) e um Tempo Parcial de Tromboplastina ativada (PTTa) de 62 segundos (controle: 35 segundos). O laboratório fez um teste da mistura, que não corrigiu o PTTa.

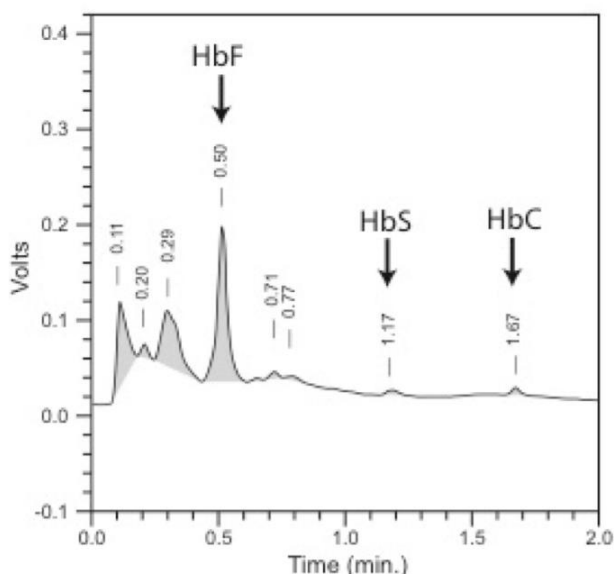
Diante desse quadro, a hipótese mais provável é

- (A) hemofilia B.
- (B) hemofilia adquirida.
- (C) doença de von Willebrand tipo 3.
- (D) fibrinólise.
- (E) tromboastenia de Glanzmann.

2

Um lactente de 1 mês de idade é enviado para um serviço de Hematologia para esclarecimento de alterações observadas na pesquisa de hemoglobinas anormais observadas no teste do pezinho.

O serviço repetiu o exame de Cromatografia Líquida de Alta Performance (HPLC) que está mostrado a seguir.



O resultado da HPLC permite afirmar que a paciente é portadora de

- (A) S-talassemia.
- (B) persistência patológica de hemoglobina fetal.
- (C) doença de Cooley.
- (D) doença falciforme homozigota para SS.
- (E) hemoglobinopatia S-C.

3

Uma jovem de 21 anos de idade procura um clínico para avaliação de anemia moderada (hemoglobina: 9 g/dL, VCM: 65 fL, ferritina de 5 ng/mL, contagem de reticulócitos de 20 mil/ μ L). Tem história de hipermenorreia desde a adolescência.

O médico a encaminha para a Ginecologia e prescreve sulfato ferroso, 1 comprimido 3 vezes ao dia. Ela havia tido uma consulta com um ginecologista, que lhe disse que aguardaria a melhora da anemia antes de fazer qualquer procedimento.

Três meses depois, a paciente retorna, informa ter tomado o sulfato ferroso rigorosamente, mas observa-se apenas uma leve melhora na anemia (hemoglobina passou a ser de 9,4 g/dL), e na dosagem da ferritina (9 ng/mL), o que faz o clínico solicitar um parecer a um hematologista.

À luz das evidências e diretrizes atuais, a conduta a ser tomada pelo hematologista, nessa situação, é

- (A) reduzir a dose de sulfato ferroso para um comprimido ao dia.
- (B) trocar o ferro oral pela Carboximaltose férrica.
- (C) substituir o sulfato ferroso por Sacarato de Hidróxido Férrico intravenoso.
- (D) associar ácido fólico, 2 mg/dia, ao ferro.
- (E) suprimir a menstruação com o uso de hormônios.

4

Um hemograma de rotina realizado em um paciente de 63 anos de idade mostra os seguintes resultados:

- Dosagem de hemoglobina: 8 g/dL; VCM: 111 fL
- Leucócitos totais: 1.910/ μ L; neutrófilos: 100/ μ L; monócitos: 40/ μ L; linfócitos: 1.540/ μ L
- Plaquetas: 57.000/ μ L

Os exames a serem solicitados para a definição do diagnóstico desse paciente incluem

- (A) biópsia de medula óssea, dosagem de JAK-2 e de BCR-ABL.
- (B) imunofenotipagem do sangue periférico e dosagem de ferritina e de vitamina B12 séricas.
- (C) FAN, dosagem de C3 e teste de Coombs direto.
- (D) imunofenotipagem e exame citológico do aspirado medular da medula óssea.
- (E) FISH (Hibridização In-situ por Fluorescência).

5

Um paciente de 35 anos de idade, previamente hígido, apresenta crise convulsiva, a que se seguem disartria e hemiparesia à direita, além de icterícia. Seus exames de laboratório mostram anemia (hemoglobina: 8 g/dL, VCM: 98 fL, presença de esquizócitos; leucócitos normais e contagem de plaquetas de 8.000/ μ L), aumento de LDH e de bilirrubina indireta.

As condutas diagnóstica e terapêutica a serem tomadas para esse paciente são, respectivamente,

- (A) determinação da atividade de ADAMTS-13 e plasmaférese.
- (B) dosagem de múltiplos de von Willenbrand e pulsoterapia.
- (C) dosagem de haptoglobina e transfusão de plaquetas.
- (D) teste de Coombs direto e transfusão de plasma.
- (E) pesquisa de anticorpo anti-PF4 (anti-Fator Plaquetário-4) e Imunoglobulina Poliespecífica Intravenosa.

6

O regulamento técnico brasileiro para serviços de hemoterapia (Portaria nº 11.685/2026, do Ministério da Saúde) estabelece que pessoas que “(...) são inaptos temporários por 4 meses (...) os candidatos à doação que (...) tenham mantido relação sexual com um ou mais parceiros ocasionais ou desconhecidos, (...) ou tenham iniciado uma relação sexual com um novo parceiro”.

A adoção desse período de 4 meses fundamenta-se

- (A) na duração média da fase assintomática inicial da infecção pelo HIV, período em que o indivíduo infectado pode não apresentar manifestações clínicas que permitam sua identificação durante a triagem clínica.
- (B) no período necessário para que os anticorpos contra HIV, HBV e HCV atinjam concentrações detectáveis pelos testes sorológicos utilizados obrigatoriamente na triagem dos doadores de sangue.
- (C) no fato de que nenhum período de janela imunológica dos marcadores de infecções transmissíveis pelo sangue durar mais de 4 meses.
- (D) no período máximo estimado de persistência dos principais agentes infecciosos sexualmente transmissíveis na circulação sanguínea após uma exposição sexual de risco.
- (E) no período máximo pelo qual a PrEP injetável pode interferir nos resultados dos testes utilizados para o diagnóstico da infecção pelo HIV em doadores de sangue.

7

Um dos principais problemas no tratamento de pacientes com leucemia aguda recém-diagnosticada é a elevada frequência de neutropenia febril após a quimioterapia de indução. Um fator adicional de risco é a elevada prevalência de colonização por bactérias multirresistentes nesses pacientes.

A respeito dessa colonização, é correto afirmar que

- (A) a colonização pode ser prevenida pelo uso universal da precaução de contato, nos hospitais que tratam pacientes com leucemia aguda.
- (B) o esquema antibiótico empírico de infecção na neutropenia febril deve incluir Polimixina-B, por causa das bactérias multirresistentes.
- (C) enterobactérias produtoras de KPC (*Klebsiella pneumoniae* carbapenemase) já não representam risco significativo para pacientes com leucemias agudas e neutropênicos.
- (D) o rastreio das bactérias multirresistentes e a adoção de medidas de prevenção da transmissão nos pacientes colonizados podem reduzir o risco de disseminação desses microrganismos no hospital.
- (E) a detecção de colonização por *Acinetobacter baumannii* implica sempre tratamento imediato com Ampicilina + Sulbactam.

8

Um paciente submetido a transplante de medula óssea autólogo, em que a reconstituição da hematopoiese ainda não se iniciou, recebe uma transfusão de uma dose de concentrado de plaquetas de aférese, cujo volume total de 230 mL. Duas horas depois do início da transfusão de plaquetas, quando quase todo o conteúdo da bolsa havia sido transfundido, o paciente apresentou dispneia, taquicardia, hipertensão arterial e diminuição da saturação de Oxigênio.

Chamado para atender o paciente, o médico de plantão suspeitou de sobrecarga circulatória induzida pela transfusão (TACO), mas comunicou ao Serviço de Hemoterapia que não podia descartar TRALI.

O dado que favorece o diagnóstico de TACO e, ao mesmo tempo, torna improvável a TRALI fundamenta-se

- (A) no fato de a bolsa de plaquetas ter sido doada por doador jovem e do sexo masculino.
- (B) na presença de infiltrado pulmonar bilateral.
- (C) na rápida recuperação do paciente com a interrupção da transfusão.
- (D) na diminuição importante da saturação de Oxigênio.
- (E) na elevação significativa no teor de NT-Pro-BNP sérico.

9

Uma paciente de 68 anos dá entrada na emergência com febre, dor torácica à direita, tipo pleurítica, dispneia e queda acentuada do estado geral. Tomografia de pulmão mostra imagem de extensa consolidação à direita. Ela é internada e evolui rapidamente para sepse, e suporte ventilatório. Seu hemograma mostra:

- Hemoglobina: 10,1 g/dL; VCM: 81,5 fL
- Leucócitos totais: 52.000/ μ L; eosinófilos: 1.806/ μ L; mielócitos: 1.056/ μ L; metamielócitos: 1.586/ μ L; bastões: 5.750/ μ L; segmentados: 36.379/ μ L; linfócitos: 3.167/ μ L; monócitos: 2.639/ μ L.
- Plaquetas: 357.000/ μ L

Diante da leucocitose acentuada, o hospital solicita a transferência da paciente para um serviço de Hematologia. O hematologista consultado, entretanto, considera improvável que se trate de uma doença hematológica primária.

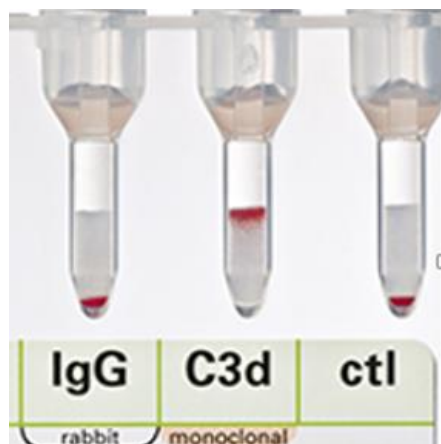
O exame que pode resolver a controvérsia e definir o diagnóstico é

- (A) a dosagem de PCR ultrasensível.
- (B) a pesquisa da mutação BCR-ABL1.
- (C) a citometria de fluxo.
- (D) a dosagem de fosfatase ácida leucocitária.
- (E) o cariótipo.

10

Uma criança de 8 anos abre um quadro de infecção respiratória, diagnosticado como de pneumonia atípica; cerca de três dias depois, apresenta anemia intensa (dosagem de hemoglobina: 6 g/dL, VCM: 104 fL, contagem de reticulócitos: 450.000/ μ L).

O pediatra solicita um teste de Coombs direto, cujo resultado é mostrado na imagem abaixo (em que a sigla ctl significa “controle”):



O laboratório testa também o soro da criança contra hemácias comerciais do grupo O, provenientes de adultos, e contra hemácias do grupo O obtidas de sangue de cordão umbilical. O soro da criança aglutina apenas as hemácias provenientes dos adultos.

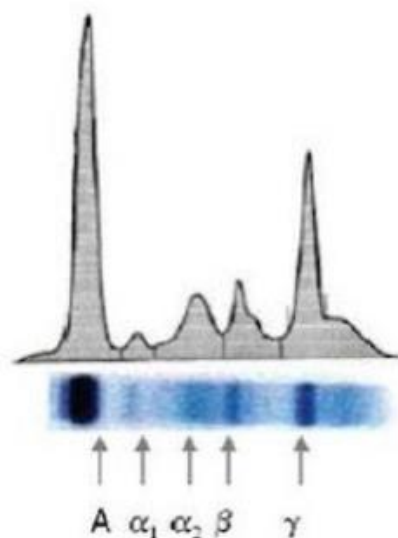
Esse conjunto de sinais e sintomas, associados ao resultados dos exames de laboratório, levam à conclusão de que a anemia hemolítica autoimune foi causada por:

- (A) idiopática (sem causa primária).
- (B) *Mycoplasma pneumoniae*.
- (C) mononucleose.
- (D) sífilis congênita não diagnosticada ao nascimento.
- (E) doença de Hodgkin.

11

Um paciente de 58 anos de idade, procura um ortopedista com queixas de dor intensa na coluna cervical, na clavícula e nos arcos costais. O ortopedista suspeita de mieloma múltiplo e solicita uma série de exames, dentre os quais uma eletroforese de proteínas e um hemograma.

O hemograma mostra anemia normocítica e normocrômica (hemoglobina de 8,7 g/dL) sem alterações de leucócitos ou plaquetas. A eletroforese está mostrada abaixo.



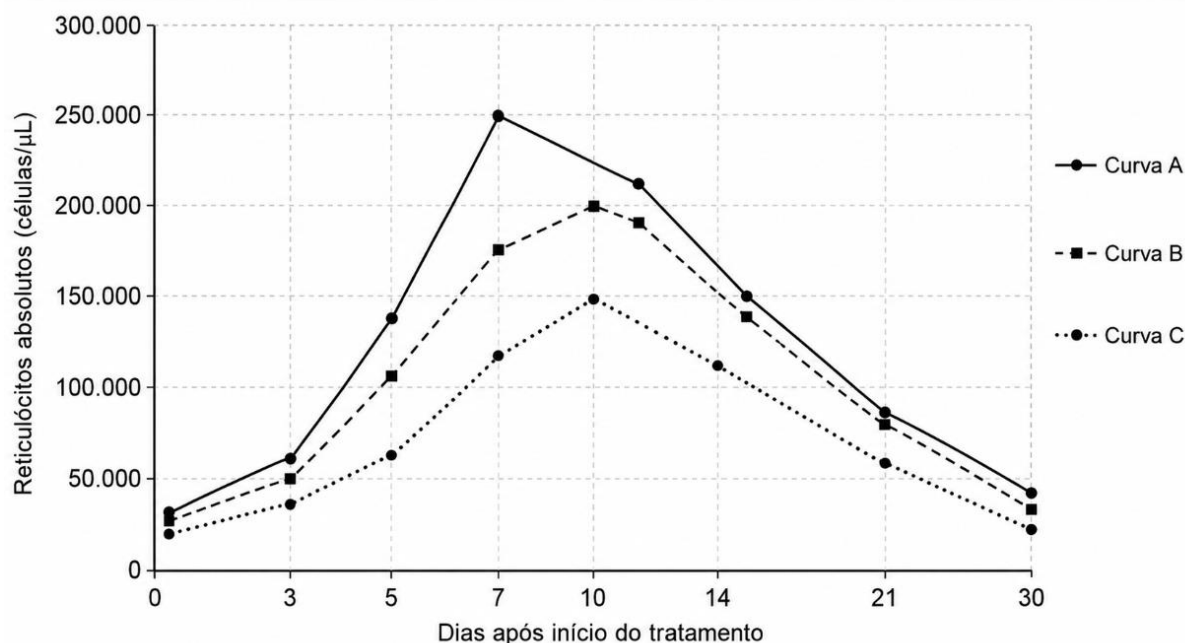
Diante desses achados, o exame mais importante para a confirmação diagnóstica é

- (A) imunofixação de imunoglobulinas na urina.
- (B) dosagem de B-2 microglobulina.
- (C) cintilografia óssea.
- (D) dosagem sérica de cadeias leves livres kappa (κ) e lambda (λ) e relação κ/λ .
- (E) mielograma com quantificação de plasmócitos.

12

Uma gestante no 7º mês de gravidez apresenta anemia, com hemoglobina de 8 g/dL, VCM de 70 fL e ferritina de 8 ng/mL, confirmando o diagnóstico de anemia ferropriva. O obstetra consulta um hematologista sobre a rapidez da resposta esperada com as três modalidades terapêuticas de que dispõe: sulfato ferroso por via oral, carboximaltose férrica intravenosa em dose única e sacarato de ferro intravenoso em três doses ao longo de uma semana.

O hematologista envia um gráfico, mostrado abaixo, que representa a evolução da contagem de reticulócitos nos primeiros 30 dias após o início de cada tipo de tratamento.



Analisando o gráfico, assinale a opção que identifica corretamente uma dessas curvas.

- (A) Curva A: Carboximaltose férrica.
- (B) Curva B: Sulfato ferroso.
- (C) Curva C: Sacarato de Ferro.
- (D) Curva B: Carboximaltose férrica.
- (E) Curva C: Sulfato ferroso.

13

Um paciente de 38 anos é transferido para um serviço de Hematologia. Ele notou, um mês antes, o aparecimento de gânglios na região cervical, bilaterais, que apresentam aumento de volume desde então. Foi feita uma biópsia de gânglio, que confirmou o diagnóstico de linfoma difuso de grandes células.

Ao ser hospitalizado no serviço de Hematologia, apresenta massa cervical de grande volume, bilateral, turgência jugular e dispnéia de início recente, sem sinais de insuficiência respiratória iminente.

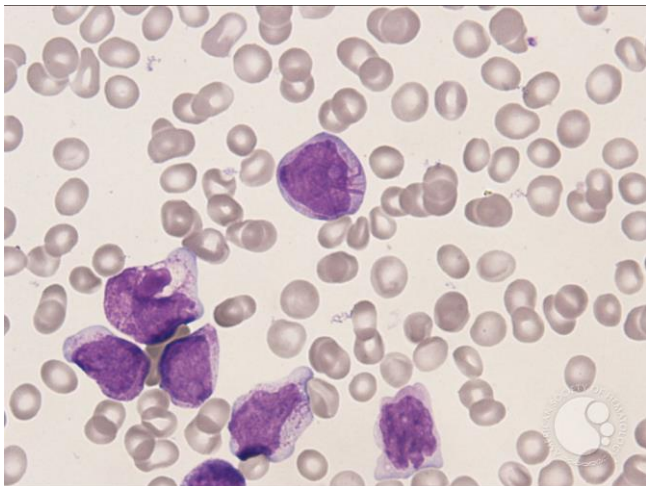
A conduta imediata a ser tomada pelo hematologista é

- (A) realizar irradiação corporal total.
- (B) solicitar imuno-histoquímica do gânglio para decidir o tratamento a ser feito.
- (C) iniciar corticosteroide em altas doses.
- (D) realizar intubação orotraqueal.
- (E) realizar traqueostomia.

14

Uma paciente de 18 anos de idade relata que começou, uma semana antes, a apresentar palidez, manchas roxas no corpo, hemorragia gengival e epistaxe esporádica.

Seu hemograma mostra anemia normocítica e normocrômica, com hemoglobina de 8 g/dL, contagem de plaquetas de 8.000/ μ L, leucometria global de 2.200/ μ L, com predomínio (58%) das células mostradas na imagem do esfregaço sanguíneo.



O coagulograma mostra um RNI/INR de 2,2, PTTa com relação paciente-controle de 1,85, dosagem de fibrinogênio de 62 mg/dL e D-dímero > 10.000 ng/mL.

O tratamento emergencial da diátese hemorrágica dessa paciente deve ser feito com

- (A) ATRA (Ácido Todo-Trans-Retinoico/Tretinoína) + trióxido de Arsênio.
- (B) ácido tranexâmico + transfusão de sangue total fresco.
- (C) corticosteroide em altas doses.
- (D) ácido épsilon-aminocaproico.
- (E) ATRA, transfusão de concentrado de plaquetas, de crioprecipitado e de plasma fresco congelado.

15

Um paciente internado com síndrome de choque pela dengue evolui com piora clínica, contagem de plaquetas de 9.000/ μ L, petéquias e equimoses em membros inferiores e superiores, sem outras hemorragias.

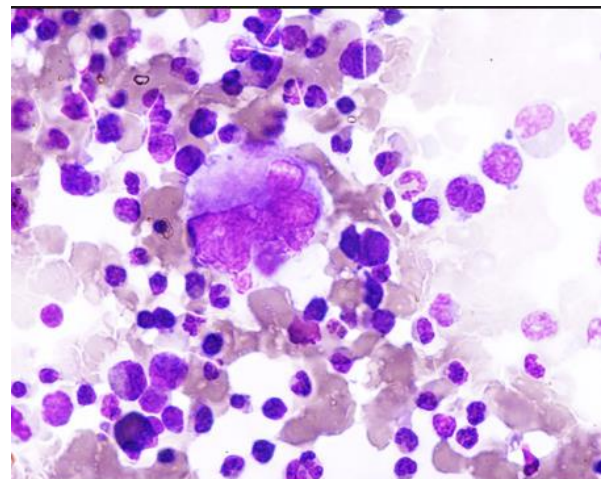
Em relação à prevenção de sangramentos graves, de grau 3 ou 4 da classificação da Organização Mundial de Saúde (OMS), é correto afirmar que a

- (A) transfusão de plaquetas deve ser feita imediatamente, para evitar o risco de sangramento do sistema nervoso central
- (B) transfusão de plaquetas está indicada, não pela baixa contagem de plaquetas e sim pela presença de petéquias e equimoses
- (C) transfusão de plaquetas não está indicada, nesse contexto.
- (D) indicação, neste caso, é de transfusão de plaquetas de aférese, pela sua maior eficácia
- (E) transfusão de plaquetas deve ser feita de 8 em 8 horas, para a prevenção absoluta de hemorragias graves

16

Uma criança de 7 anos de idade, dá entrada na emergência com epistaxe moderada. Os pais relatam que, uma semana antes, ela teve uma virose respiratória. Seu hemograma mostra uma acentuada trombocitopenia (contagem de plaquetas de 4.000/ μ L). O hemograma aponta também a presença de muitas plaquetas imaturas. Não há alteração nem na série vermelha e nem na série branca.

Foi realizado um mielograma (ver esfregaço abaixo).



No que se refere ao diagnóstico dessa criança, é correto afirmar que os dados da história clínica, os exames de laboratório e do mielograma são

- (A) insuficientes para confirmar que se trata de uma trombocitopenia imune (P.T.I.), pois ainda é necessária a citometria de fluxo para demonstrar a presença de anticorpos antiplaquetários (anti-GPII-B/III-A).
- (B) suficientes para estabelecer o diagnóstico de P.T.I., não sendo necessários outros exames confirmatórios.
- (C) insuficientes para confirmar que se trata de uma P.T.I., é necessária a biópsia de medula óssea para confirmar PTI e afastar leucemia linfoblástica aguda em fase inicial
- (D) insuficientes para confirmar que se trata de uma P.T.I., a definição do diagnóstico só virá com o teste terapêutico – resposta à imunoglobulina poliespecífica intravenosa.
- (E) Insuficientes para confirmar que se trata de uma P.T.I., antes de confirmar o diagnóstico de PTI, é necessário excluir a possibilidade de Lúpus Eritematoso Sistêmico.

17

Um paciente de 60 anos de idade, tabagista desde os 14 anos de idade (2 maços de cigarros por dia), procurou um pneumologista, dizendo que tinha diagnóstico de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC). Nessa consulta, apresentava quadro infeccioso respiratório, que fez com que fosse internado. Seu hemograma mais recente mostrava hematócrito de 58% e dosagem de hemoglobina de 19 g/dL, leucocitose de 11.000 leucócitos/ μ L, com predomínio de neutrófilos segmentados, e plaquetas de 350.000/ μ L. O pneumologista pede um parecer à Hematologia quanto à possibilidade de o paciente ter desenvolvido policitemia vera.

Dentre os exames a seguir, aquele que pode auxiliar no diagnóstico diferencial entre policitemia vera e poliglobulia secundária à hipóxia crônica (tabagismo e/ou DPOC) é

- (A) o mielograma.
 (B) a gasometria arterial com estimativa do P50.
 (C) a pesquisa do cromossomo Philadelphia.
 (D) a dosagem de eritropoietina sérica.
 (E) o teste terapêutico com Ruxolitinibe.

18

Uma paciente de 40 anos de idade, grávida do seu terceiro filho, sendo que o segundo filho teve morte intrauterina no 7º mês de gestação, é encaminhada para um serviço de referência em Imunohematologia, porque apresentou uma pesquisa de anticorpos irregulares antieritrocitários (P.A.I. positiva). Foi realizado um estudo imunohematológico, que mostrou os seguintes resultados:

P.A.I.

Hemácias I	Hemácias II	Hemácias III
++++	++++	++++

Fenótipo eritrocitário

D	C	E	c	e	K	k	Fy ^a	Fy ^b	Jk ^a	Jk ^b	M	N	S	s
0	0	0	0	0	0	+	0	+	0	+	0	+	0	+

Legenda: 0=Negativo + = Positivo

Foi feito também um painel de identificação de anticorpos, mostrado no quadro abaixo.

	Rh-hr						Kell		Duffy		Kidd		Lewis		MNSs				Resultados	
	D	C	E	c	e	C ^w	K	k	Fy ^a	Fy ^b	Jk ^a	Jk ^b	Le ^a	Le ^b	M	N	S	s	LISS-Coombs	Enzima
1	+	+	0	0	+	+	0	+	0	+	0	+	+	0	+	+	+	+	++++	++++
2	+	+	0	0	+	0	0	+	+	+	+	0	+	0	+	0	+	0	++++	++++
3	+	0	+	+	0	0	0	+	0	0	+	0	0	+	0	+	0	+	++++	++++
4	0	+	0	+	+	0	+	+	+	0	+	+	0	+	+	0	0	+	++++	++++
5	0	0	+	+	+	0	0	+	+	0	+	+	0	+	0	+	0	+	++++	++++
6	0	0	0	+	+	0	+	+	0	+	+	+	+	0	+	0	0	+	++++	++++
7	0	0	0	+	+	0	0	+	0	+	+	0	0	0	+	0	+	0	++++	++++
8	+	0	0	+	+	0	0	+	0	0	+	+	0	+	+	+	+	0	++++	++++
9	0	0	0	+	+	0	0	+	0	0	0	+	0	+	+	0	+	+	++++	++++
10	+	0	+	+	+	0	+	+ ^w	+	+	0	+	0	+	0	+	0	+	++++	++++
11	+	+ ^w	+	+	0	0	0	+	0	+	+	0	+	0	0	+	0	+	++++	++++

Assinale a opção correta a respeito da hipótese mais provável para explicar o quadro da paciente e os resultados do estudo imunohematológico.

- (A) A paciente possui o fenótipo Rh nulo.
 (B) A paciente está alo-imunizada com a presença de anticorpos contra antígenos públicos de alto título e baixa afinidade (HTLA).
 (C) Há presença de mistura de anticorpos contra antígenos Rh, Duffy e Kell, no soro da paciente.
 (D) Presença de anticorpo anti-f e anti-G, do sistema Rh, no soro da paciente.
 (E) A paciente tem o fenótipo Bombay.

19

Um paciente hemofílico A, de 7 anos, iniciou, aos 2 anos de idade, tratamento profilático contínuo, com concentrado de fator VIII recombinante, na dose de 30 UI/kg de peso, 3 vezes por semana. Vinha levando uma vida praticamente normal, tendo apresentado apenas uma hemartrose de tornozelo direito, após jogar futebol, há cerca de 3 anos. Os pais procuraram o hematologista da criança porque essa começou a apresentar hemartroses no joelho esquerdo (2 episódios) e no tornozelo direito (1 episódio), nos 30 dias que antecederam a consulta. No momento do encontro com o hematologista, o paciente já não tinha nenhuma hemartrose (os pais eram treinados para fazer tratamento domiciliar dos episódios hemorrágicos). Os pais negavam falhas na aplicação da profilaxia.

Assinale a opção que oferece a explicação mais provável para o quadro do paciente e para estratégia mais adequada para prevenir as hemartroses.

- (A) Dose insuficiente/ aumento da dose para 40 UI/kg/3 vezes por semana.
- (B) Excesso de esporte de contato/ proibição de praticar atividades físicas.
- (C) Anticorpos anti-fator VIII/ complexo protrombínico parcialmente ativado.
- (D) Inibidores/ emicizumabe.
- (E) Taquifilaxia/ trocar o fator VIII recombinante para fator VIII plasmático.

20

Uma pessoa de 54 anos, portador de doença falciforme, genótipo SS, começa a se queixar de dispneia progressiva, dificuldade para deambular, tontura, inchaço nas pernas e episódios de palpitação e dor no peito. Sua hemoglobina basal é de 7,4 g/dL, seu CKD-EPI (Colaboração Epidemiológica da Doença Renal Crônica) é de 50 mL/min/1,73 m², e seu NT-ProBNP de 320 pg/mL. O hematologista solicita um ecocardiograma, que mostra uma Velocidade de Regurgitação Tricúspide (TRV) de 3,2 m/s.

Esse quadro é indicativo de

- (A) insuficiência cardíaca congestiva.
- (B) miocardiopatia hipetrófica.
- (C) descompensação cardíaca por piora da anemia devido à instalação de insuficiência renal crônica.
- (D) doença coronariana.
- (E) hipertensão pulmonar.

21

Um paciente de 20 anos de idade, portador de Imunodeficiência Primária – Imunodeficiência Comum Variável – faz tratamento regular de reposição com imunoglobulina poliespecífica intravenosa, liofilizada. Depois da última infusão, feita quando ele estava com um quadro de gastroenterite viral caracterizado por náuseas e vômitos, apresentou insuficiência renal aguda, diagnosticada como nefropatia osmótica.

Diante do surgimento da nefropatia aguda, a conduta para prevenir novas complicações desse tipo é

- (A) fazer apenas Imunoglobulina subcutânea, em caso de infecção bacteriana.
- (B) aumentar o intervalo entre cada aplicação de Imunoglobulina para 60 dias.
- (C) suspender a reposição da Imunoglobulina por um período de pelo menos seis meses.
- (D) utilizar Imunoglobulina que não tenha sacarose na sua composição
- (E) não aplicar imunoglobulina na vigência de quadro viral ou bacteriano, e esperar 15 dias após a cura da infecção para retomar a reposição.

22

Um paciente de 54 anos, portador de Leucemia Mieloide Aguda, foi submetido a um transplante de medula óssea alogênico, depois de receber diversos esquemas de quimioterapia. Após o transplante, entrou em remissão, porém seis meses depois houve recidiva da doença e a equipe médica avaliou que o paciente precisaria receber apenas cuidados paliativos.

Houve grande discussão na equipe sobre como dar esta notícia ao paciente.

Das opções listadas a seguir, assinale a mais adequada para o caso.

- (A) Dar a notícia aos filhos, e lhes pedir que a transmitam ao pai.
- (B) Dizer ao paciente que a doença voltou, mas há terapias experimentais promissoras que vão tentar obter e utilizar.
- (C) Dizer que a doença voltou, mas vão tentar, mais uma vez, controlá-la, como já fizeram antes.
- (D) Dizer claramente ao paciente que a doença voltou, não há mais possibilidade de tratamento e que ele tem no máximo 1 a 2 meses de vida
- (E) Informar ao paciente que houve recidiva da leucemia, que não há tratamento capaz de curá-lo e que ele vai receber tratamento paliativo, com o objetivo de controlar sintomas, preservar qualidade de vida e atender às suas prioridades.

23

Um recém-nascido com 12 horas de vida apresenta um quadro de plaquetopenia intensa (plaquetas: $7.500/\mu\text{L}$), com petéquias e equimoses disseminadas, e sangramento nos locais de punção. O diagnóstico foi de Trombocitopenia Neonatal Aloimune, pela presença de anticorpos anti-HPA-1a na mãe. A fim de mitigar o risco hemorrágico, o neonatologista solicita uma transfusão urgente de concentrado de plaquetas. Para ter acesso rápido a concentrados de plaquetas compatíveis com o anticorpo anti-HPA-1a, o hemoterapeuta decide coletar plaquetas da mãe, por aférese.

A respeito dessa decisão e desse procedimento, é correto afirmar que

- (A) as plaquetas da mãe precisam ser HLA-compatíveis.
- (B) o concentrado de plaquetas precisa ser desplasmatizado e irradiado, antes da transfusão.
- (C) a coleta de plaquetas de uma puérpera, menos de 24 horas após o parto, é totalmente ilegal.
- (D) o concentrado de plaquetas doado pela mãe precisa ser submetido à inativação de patógenos.
- (E) o pai seria um doador melhor que a mãe, já que suas plaquetas serão necessariamente iguais às do filho, no que se refere aos antígenos HPA-1a.

24

Um paciente de 64 anos de idade, portador de mieloma múltiplo, acompanhado em um hospital público, apresenta recidiva da doença após um segundo transplante autólogo de medula óssea, e perda de resposta aos agentes terapêuticos disponíveis.

A equipe médica decide tratar o paciente com o uso de CAR-T-cell, mas essa terapia não está incorporada ao SUS.

Em relação a essa decisão, o procedimento a ser seguido pela equipe é

- (A) buscar centros, no Brasil, que estejam conduzindo estudos clínicos, e tentar incluir o paciente.
- (B) fazer uma cotação de preços e convocar a família para que se mobilizem e arrecadem o montante necessário.
- (C) tentar fazer, de forma artesanal, a manipulação genética dos linfócitos T do paciente, coletados por aférese
- (D) orientar a família a contratar um plano de saúde privado, que depois pagará pelo procedimento
- (E) orientar a família a aguardar até que a terapia seja oferecida sem restrição.

25

Um paciente de 14 anos de idade, portador de talassemia beta major, em programa de hipertransfusão, começa a apresentar elevação contínua da ferritina, atualmente em 3.200 ng/mL .

Nessa situação, de acordo com o protocolo brasileiro para talassemias, há indicação de

- (A) aumento do intervalo entre cada transfusão, de 3-4 semanas para 8-10 semanas.
- (B) indicação imediata de transplante alogênico de células-tronco hematopoéticas para tratamento da sobrecarga de ferro.
- (C) quelação de Ferro com deferiprona.
- (D) interrupção temporária do esquema de hipertransfusão.
- (E) mudança do esquema de hipertransfusão para transfusão de troca parcial, automatizada.

26

Uma paciente de 66 anos de idade, previamente hígida e assintomática, procura um clínico para fazer um *check-up*. O exame físico da paciente era normal, e os exames de laboratório estavam também normais, exceto o hemograma, que registrava uma leucometria global de $38.000/\mu\text{L}$, com 32.000 linfócitos/ μL . O R-x de tórax mostrava adenomegalias mediastinais. A paciente foi encaminhada para um hematologista, que solicitou imunofenotipagem do sangue periférico que confirmou o diagnóstico de Leucemia Linfóide Crônica (LLC).

Diante desse quadro, a melhor conduta terapêutica é

- (A) manter conduta expectante.
- (B) tratar com clorambucil.
- (C) iniciar venetoclax + obinutuzumabe.
- (D) iniciar fludarabina.
- (E) realizar perfil genético-molecular para decidir que tipo de tratamento deve ser iniciado nessa fase da doença.

27

Uma criança de 5 anos de idade, portadora de doença Falciforme, genótipo SS, tem uma hemoglobina basal de

8 g/dL , chega à emergência do hospital em que é acompanhada, com palidez intensa, dispneia aos esforços e astenia. Vinha em uso regular de hidroxiureia, e havia sido transfundida pela última vez há 9 meses.

Seus exames de laboratório mostram os seguintes resultados: dosagem de hemoglobina: $4,2\text{ g/dL}$; 2.800 leucócitos/ μL , com linfopenia (500 linfócitos/ μL) e plaquetas de $280.000/\mu\text{L}$. A contagem absoluta de reticulócitos era de $22.000/\mu\text{L}$. A dosagem de LDH era de 140 mg/dL , a bilirrubina indireta de $1,1\text{ mg/dL}$ e o percentual de hemoglobina S era de 73%.

Assinale a opção que indica a hipótese que melhor explica esse quadro e o seu respectivo tratamento.

- (A) Sequestro esplênico + síndrome torácica aguda - transfusão maciça.
- (B) Necrose de medula óssea/ transfusão simples de concentrado de hemácias.
- (C) Síndrome de hiper-hemólise/ rituximabe + corticoide + imunoglobulina + ecilizumabe.
- (D) Crise vaso-oclusiva/ transfusão de troca parcial automatizada.
- (E) Crise aplástica eritrocitária transitória + infecção por Parvovírus B19/transfusão simples de concentrado de hemácias.

28

Um adolescente de 16 anos de idade previamente hígido, procura uma UPA com queixa de astenia progressiva há três semanas, associada a petéquias em membros inferiores e sangramento gengival à escovação.

Ao exame físico: hipocorado (++)/4+, afebril, anictérico. Presença de equimoses e petéquias em membros inferiores. Sem linfonodomegalias ou visceromegalias. Seu hemograma mostra uma hemoglobina de 7,8 g/dL, reticulócitos: 14.000/uL, leucócitos totais: 5.800/uL, los segmentados: 380/uL, linfócitos: 1.320/uL, monócitos: 100/uL, plaquetas: 16.000/uL. O esfregaço de sangue periférico indica ausência de blastos, displasias ou dacriócitos. As sorologias virais (HIV, HBV, HCV, EBV, CMV, Parvovírus B19) são não reagentes.

A biópsia de medula óssea mostra hipocelularidade acentuada para a idade (celularidade global de cerca de 10%), com predomínio de tecido adiposo, ausência de fibrose reticulínica, sem alterações displásicas e sem infiltração por células neoplásicas. Cariótipo de medula óssea: 46, XY, 20 metáfases normais. O paciente tem um irmão de 21 anos, consanguíneo, hígido e com compatibilidade HLA 10/10 confirmada.

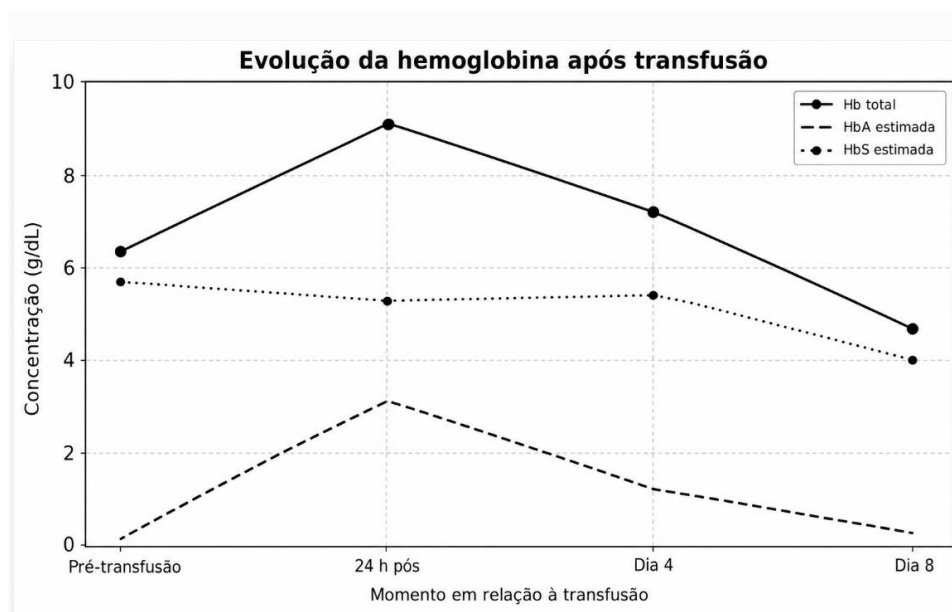
Considerando a estratificação de gravidade e as diretrizes terapêuticas atuais, assinale a conduta mais adequada para esse caso.

- (A) Iniciar imediatamente terapia imunossupressora combinada com Globulina Antitimócito (ATG), Ciclosporina e Eltrombopague.
- (B) Encaminhar para Transplante de Medula Óssea Alogênico aparentado com doador HLA-idêntico.
- (C) Prescrever suporte transfusional com hemocomponentes não irradiados até que ocorra recuperação espontânea.
- (D) Classificar o quadro como Anemia Aplástica Não Grave devido à contagem de neutrófilos acima de 200/uL, mantendo conduta expectante com monitoramento ambulatorial semanal.
- (E) Indicar esplenectomia precoce associada a pulsoterapia visando ao bloqueio da destruição periférica das três séries hematopoéticas.

29

Um paciente portador de doença falciforme, com múltiplos alo-anticorpos (anti-D, anti-C, anti-Fy^a e anti-S), necessita de transfusões frequentes. A sua última transfusão - transfusão de troca parcial - deveu-se a síndrome torácica aguda, que melhorou rapidamente após o procedimento. No entanto, cerca de 24 horas depois da transfusão, começou a apresentar mal-estar, aumento da icterícia e queda acentuada da hemoglobina. Foi submetido a transfusão simples de duas bolsas de concentrados de hemácias, mas não só não houve melhora da anemia, como a dosagem de hemoglobina caiu ainda mais.

O gráfico a seguir mostra a evolução da hemoglobina total e do fracionamento das hemoglobinas A e S.



A hipótese diagnóstica para a intercorrência apresentada e a respectiva conduta terapêutica são:

- (A) Anemia Hemolítica Auto-Imune / Imunoglobulina.
- (B) Reação hemolítica diferida, causada por alo-anticorpos não detectados nas provas pré-transfusionais / transfusão de hemácias com genótipo eritrocitário compatível com o do paciente.
- (C) Sepses / antibioticoterapia
- (D) Síndrome de hiper-hemólise/ suspensão de novas transfusões + rituximabe + imunoglobulina + eritropoietina + corticoide.
- (E) Hiperesplenismo/ esplenectomia.

30

Uma mulher de 23 anos de idade engravidou pela primeira vez, e teve um aborto espontâneo na 16ª semana de gestação. Seu obstetra a encaminhou para um hematologista, a fim de pesquisar trombofilia. A paciente negava episódios de trombose ao longo da vida, e tampouco tinha história familiar de trombose (pais, avós e tios vivos e sem antecedentes de trombose).

Nesse caso, você, o hematologista do caso, deve adotar a seguinte conduta:

- (A) solicitar um painel completo de marcadores de trombofilia.
- (B) Solicitar pesquisa de anticorpos antifosfolípido para investigação de síndrome antifosfolípido (SAF), e não indicar rastreamento de outras trombofilias.
- (C) Solicitar pesquisa de fator V Leiden e mutação G20210A da protrombina, por serem as trombofilias hereditárias mais associadas a complicações gestacionais.
- (D) Aconselhar a paciente a usar heparina de baixo peso molecular durante toda a gestação, quando voltar a engravidar.
- (E) Solicitar uma angiotomografia de tórax para descartar embolia/infarto pulmonar que tenham passado despercebidos.

31

A obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes da realização de transfusão sanguínea é uma exigência ética e que foi tornada obrigatória pelo novo regulamento técnico para serviços de Hemoterapia do Brasil (portaria 11685/2026). A aplicação, contudo, apresenta dificuldades operacionais nem sempre simples de serem ultrapassadas. Por isso, muitos serviços adotam estratégias alternativas para facilitar a obtenção da assinatura deste TCLE.

A estratégia correta e ética para a aplicação do TCLE, entre aquelas que estão listadas a seguir, é

- (A) combinar com o serviço de admissão do hospital que um funcionário administrativo deverá apresentar o TCLE de transfusão no momento da internação, mesmo que o paciente não venha a precisar do procedimento.
- (B) atribuir aos médicos-residentes a função de apresentar, explicar e tirar dúvidas relacionadas à transfusão, quando da anamnese admissional, e explicar que a assinatura do TCLE será colhida por um administrativo, antes ou depois das transfusões.
- (C) estabelecer que um médico aplicará o TCLE sempre que o paciente vá ser transfundido pela primeira vez durante a internação, deixando claro no TCLE que a autorização valerá para as transfusões subsequentes.
- (D) aplicar um TCLE genérico, no momento da internação, que cubra todos os procedimentos a que o paciente venha a se submeter durante a permanência no hospital.
- (E) delegar à equipe de enfermagem que instalará a transfusão a responsabilidade de explicar os riscos e colher a assinatura do termo previamente carimbado por um médico.

32

Um paciente, portador de mieloma múltiplo, será submetido a um transplante de medula óssea autólogo. Ele já foi mobilizado, e agora uma amostra do seu sangue será colhida diariamente, para contagem do número de células CD34+ circulantes. A coleta das células-tronco hematopoiéticas por aférese deve ser realizada quando a contagem for superior a 10 células CD34+/μL.

A escolha desse limite mínimo tem por objetivo

- (A) reduzir a probabilidade de contaminação do enxerto por plasmócitos clonais neoplásicos residuais durante o processamento.
- (B) garantir uma colheita com rendimento celular suficiente para atingir o alvo de enxertia com o menor número possível de sessões de aférese.
- (C) evitar a ocorrência de síndrome de hiperviscosidade e hiperleucocitose induzida pelo G-CSF utilizado na mobilização do paciente.
- (D) evitar a ocorrência de síndrome de hiperviscosidade e hiperleucocitose induzida pelo fator de crescimento hematopoético.
- (E) indicar o momento exato em que a medula óssea atingiu o platô máximo de resposta após o esquema de indução.

33

O regulamento técnico da Hemoterapia brasileira – portaria 11685/2026, do M. Saúde – determina que é obrigatória, em doadores de sangue, a detecção do anticorpo anti-HBc, que é direcionado contra a porção central/core do vírus da hepatite B (HBV).

A respeito desse marcador e dessa obrigatoriedade, é correto afirmar que

- (A) o anti-HBc é um marcador que surge após infecção pelo HBV ou após vacinação contra este vírus
- (B) o teste é mandatório porque funciona como indicador direto de comportamento sexual de risco.
- (C) a inclusão do anti-HBc reduz o período de janela imunológica para a detecção do HBV.
- (D) o teste é obrigatório porque possibilita a detecção de hepatite B oculta
- (E) o anti-HBc é um confirmatório para o teste HBsAg, que também é obrigatório em doadores de sangue brasileiros.

34

Um residente do serviço de Hematologia está fazendo seu rodízio no Transplante de Medula Óssea (TMO); nessa função, ele participa do ambulatório de acompanhamento de candidatos ao transplante de medula óssea. O primeiro paciente que ele atendeu veio para revisão dos exames de elegibilidade do transplante que havia realizado. O chefe do serviço fez a revisão e explicou ao residente que o paciente ainda não poderia ser liberado para o TMO.

Um resultado de exame que contraindica temporariamente a realização do TMO é

- (A) R-x de seios da face mostrando sinusite aguda, em atividade.
- (B) ecocardiograma com fração de ejeção de 70%.
- (C) tomografia panorâmica dentária mostrando vários canais dentários tratados e 2 implantes.
- (D) pesquisa de anticorpos anti-eritrocitários irregulares (PAI) mostrando a presença de anti-Kell.
- (E) sorologia para Citomegalovírus (CMV) com IgG reagente e IgM não reagente no receptor.

35

Um paciente de 37 anos notou que sua urina amanhecia avermelhada, todos os dias; ao lado disto, começou a sentir falta de ar aos esforços e palidez. Os exames de laboratório mostraram aumento de LDH, queda acentuada de haptoglobina, aumento de reticulócitos, e, no exame de urina, hemoglobinúria. A citometria de fluxo mostrou ausência de CD55 e CD59, e granulócitos FLAER negativo.

Esse quadro sugere fortemente o diagnóstico de Hemoglobinúria Paroxística Noturna (HPN).

As medicações disponíveis para o tratamento dessa doença são baseadas em:

- (A) Supressão da produção dos clones anormais que desencadeiam a doença.
- (B) Diminuição dos mecanismos tromboembólicos ligados à doença.
- (C) Imunossupressão.
- (D) Bloqueio da ativação descontrolada da cascata do sistema complemento.
- (E) Palição dos sintomas, apenas.

36

Um serviço de transplante de rim solicita a um hospital de referência em Hematologia que realize plasmáfereze terapêutica em um paciente transplantado que desenvolveu rejeição aguda após receber o rim.

O serviço de referência pede mais dados para decidir se efetuará o procedimento.

Um dado necessário para confirmar que há indicação da plasmáfereze terapêutica nesse paciente é

- (A) a comprovação de que se trata de uma rejeição celular aguda.
- (B) uma falha da terapia anti-rejeição com Rituximabe e imunoglobulina.
- (C) uma discrepância doador-receptor em relação a todos os antígenos HLA de classe I, com perda aguda da função renal.
- (D) a ausência de ativação do complemento no enxerto (deposição de C4d).
- (E) a presença de anticorpos específicos contra o doador (DSA).

37

Uma paciente de 62 anos procura atendimento por cansaço progressivo, parestesias nos pés e dificuldade para caminhar no escuro.

Ao exame, apresenta palidez cutaneomucosa (++)/4+, redução da sensibilidade vibratória nos membros inferiores.

Ao hemograma, hemoglobina de 9,0 g/dL, VCM de 108 fL, leucócitos de 3.200/ μ L e plaquetas de 118.000/ μ L. A dosagem de vitamina B12 sérica era de 145 pg/mL (valor de referência: 240–800 pg/mL). A paciente relatava ter uma dieta balanceada, sob orientação de nutricionistas, e comer bastante alimentos de origem animal.

Nesse contexto, o exame indicado para definir a causa da deficiência de vitamina B12 é

- (A) a pesquisa de anticorpo antifator intrínseco.
- (B) a dosagem de gordura fecal.
- (C) o fibroelastograma hepático.
- (D) a biópsia de medula óssea.
- (E) a colonoscopia.

38

Uma paciente de 35 anos de idade apresentou petéquias e equimoses disseminadas em braços e pernas, de aparecimento súbito e recente.

Ao hemograma, havia intensa plaquetopenia (10.000/ μ L), sem outras alterações.

Foi iniciado tratamento com imuglobulina intravenosa, sem resposta clínica, o que motivou o tratamento com corticosteroide em altas doses (pulsoterapia), e tampouco houve resposta.

Nessas circunstâncias, a próxima etapa terapêutica é a

- (A) esplenectomia.
- (B) ciclofosfamida.
- (C) eltrombopague.
- (D) imunoglobulina anti-D.
- (E) transfusão de plaquetas HLA-compatíveis sempre que a contagem de plaquetas cair abaixo de 10.000/ μ L.

39

Um homem de 25 anos, afrodescendente, procura a UPA com queixa de disúria, polaciúria e febre; o EAS sugere infecção urinária e a ultrassonografia mostra litíase em ureter. O médico da UPA prescreve analgésicos (ácido acetilsalicílico, 1,5 g/dia) e antibiótico (sulfametoxazol 800 mg/dia + trimetoprim, 160 mg/dia), e o libera para casa.

Dois dias depois, o paciente retorna à UPA e relata melhora da disúria e da polaciúria, mas conta que a urina ficou muito mais escura, “cor de Coca-Cola”, os olhos estavam amarelados e que passou a sentir muito cansaço.

Ao exame físico, havia palidez cutaneomucosa (++)/4+. Apresentava aumento de LDH e de bilirrubina indireta, anemia (hemoglobina de 7,7 g/dL), aumento de reticulócitos e diminuição de haptoglobina.

A história, o exame físico e os exames complementares do paciente são indicativos de

- (A) sepse urinária.
- (B) hepatite aguda pós-medicamentosa.
- (C) deficiência de Glicose-6-fosfato desidrogenase.
- (D) anemia hemolítica autoimune induzida por drogas.
- (E) pancreatite aguda.

40

Um adolescente de 13 anos, portador de doença falciforme é incluído no programa de transfusão de troca parcial crônica, visando a prevenção de A.V.C. O protocolo transfusional do hospital em que ele é acompanhado estabelece que o sangue a ser transfundido deve ser desleucocitado e fenotipado para os antígenos D (Rh1), C (Rh2), E (Rh3), c (Rh4), e (Rh5). O fenótipo Rh do paciente era DCcee.

Apesar de o paciente ter sempre recebido sangue compatível com o seu fenótipo, acaba desenvolvendo um anticorpo anti-e (anti-Rh5).

A explicação mais provável para o aparecimento desse anticorpo é:

- (A) autoanticorpo induzido pelas transfusões de repetição.
- (B) erro na fenotipagem do paciente.
- (C) problema em uma das provas cruzadas feitas antes das transfusões.
- (D) mutação no gene RHCE do paciente, levando à produção de um antígeno Rh5 modificado.
- (E) anticorpo contra um antígeno oculto que mimetiza o antígeno Rh5.

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, 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, hipotensa. 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 nirsevimebe 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

