

TIPO

1

Endare

EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

EDIÇÃO 2026/2027

TARDE

ÁREA DE ATUAÇÃO

MEDICINA DO ADOLESCENTE

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!



Pediatria

1

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.

2

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.

3

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.

4

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.

5

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.

6

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.

7

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.

8

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.

9

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.

10

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

11

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.

12

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.

13

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.

Seguindo 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.

14

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.

15

Lactente masculino, 12 meses, com febre há 24 horas sem outros sintomas associados, é admitido na emergência com crise convulsiva tônico-clônico generalizada em vigência 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.

16

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.

17

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.

18

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.

19

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.

20

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.

21

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.

22

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.

23

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.

24

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.

25

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.

26

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.

27

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.

28

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.

29

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.

30

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.

31

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.

32

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.

33

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.

34

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.

35

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.

36

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

37

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.

38

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.

39

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.

40

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.

41

Paciente de 3 anos com história de prurido cutâneo envolvendo áreas de flexuras. Refere pele seca no último ano. De acordo com os critérios diagnósticos de dermatite atópica (DA), o mesmo pode ser feito na presença dessas duas sintomatologias somadas a mais um critério, como por exemplo a história pessoal de rinite ou asma.

Outros sinais que podem estar associados à DA incluem os listados nas opções a seguir, exceto uma. Assinale-a.

- (A) Ictiose vulgar, dermatite seborreica e psoríase.
- (B) Palidez centro-facial, prega infrapalpebral dupla e ceratose pilar.
- (C) Eczema de mamilo, pregas de Denie Morgan e IgE sérica aumentada.
- (D) Fissura infralobular, dermografismo branco e hiperpigmentação periobitária.
- (E) Pregas de Denie Morgan, xerose e ceratose pilar.

42

Paciente masculino, 10 meses, nascido prematuro de 26 semanas, evoluiu com DBP. Recebeu alta há 1 mês, com suporte domiciliar, traqueostomizado, com bipap e oxigênio contínuo e acesso profundo. Há 4 dias, iniciou febre insidiosa que foi ficando mais alta e persistente. Surgiram petéquias pelo corpo. A médica de rotina que o avaliou observou bulhas normofonéticas, sopro cardíaco e esplenomegalia, não existentes previamente.

Exames complementares solicitados mostraram hemograma com anemia normocítica, leucocitose e desvio para esquerda; VHS aumentado; ECG com arritmias; ecocardiograma com surgimento de vegetações em válvula mitral.

A conduta imediata é

- (A) iniciar amoxicilina com clavulanato via oral por 21 dias.
- (B) colher hemocultura e aguardar resultado do gram para escolha antibiótica.
- (C) internar imediatamente para abordagem cirúrgica da válvula acometida.
- (D) iniciar antiretroviral por provavelmente ser uma miocardite viral.
- (E) colher hemocultura e começar penicilina cristalina + amicacina + oxacilina (em diferente acesso) por no mínimo 4 semanas.

43

Menino, 5 anos, é trazido à consulta com quadro de urticária, para atendimento.

Lembrando que a urticária pode ser desencadeada por diversos fatores, e classificada em aguda ou crônica, é correto que

- (A) a urticária aguda também pode resultar da estimulação de mastócitos não mediada por IgE.
- (B) o diagnóstico da urticária crônica é estabelecido quando as lesões ocorrem na maioria dos dias da semana por mais de 4 semanas.
- (C) alimentos, medicamentos e venenos de insetos que causam picadas ou ferroadas não são causas comuns de urticárias generalizadas.
- (D) a urticária aguda não é frequentemente causada por uma reação alérgica mediada por IgE.
- (E) a urticária aguda não pode ser causada por infecções virais ou por anti-inflamatórios não esteroidais.

44

Lactente, 18 meses, é trazido à emergência com anafilaxia após uso de dipirona.

Das opções abaixo, assinale a que corresponde aos critérios clínicos capazes de diagnosticar anafilaxia, após exposição a um provável alérgeno.

- (A) Início agudo de um quadro clínico com envolvimento de pele, mucosa ou ambos e ausência de sintomas gastrointestinais.
- (B) Início agudo de um quadro clínico com envolvimento de pele, mucosa ou ambos e comprometimento respiratório.
- (C) Início agudo de um quadro clínico com envolvimento de pele, mucosa ou ambos e aumento da pressão arterial.
- (D) Comprometimento respiratório sem envolvimento de pele e aumento da pressão arterial.
- (E) Sintomas gastrointestinais persistentes sem envolvimento de pele e aumento da pressão arterial.

45

Menina, 8 anos, procura a emergência por apresentar lesões em membros inferiores “escurcidas”. As lesões se iniciaram há 4 dias como máculas rosadas, e evoluíram para púrpura. Refere dor e edema em joelhos, além de dor abdominal com vômitos.

Ao exame, está em regular estado geral, com lesão purpúrica palpável em membros inferiores e edema local. Há sinais de artrite em ambos joelhos. Os exames laboratoriais iniciais apresentam leucocitose, trombocitose, anemia leve e elevação da velocidade de hemossedimentação (VHS) e da proteína C-reativa (PCR).

Diante do quadro apresentado, a principal hipótese diagnóstica e o tratamento a ser instituído são:

- (A) lúpus eritematoso sistêmico; internação com hidratação, analgesia e corticoterapia sistêmica.
- (B) meningococcemia; internação com hidratação, analgesia e antibioticoterapia sistêmica.
- (C) púrpura trombocitopênica idiopática; internação com hidratação, analgesia e corticoterapia sistêmica.
- (D) púrpura de Henoch-Schönlein (Vasculite por IgA); internação com hidratação, analgesia e corticoterapia sistêmica.
- (E) poliarterite nodosa; internação com hidratação, analgesia e pulsoterapia com corticóide.

46

Lactente 4 meses, feminina, previamente hígida, é trazida à emergência por início abrupto de episódios de dor abdominal tipo cólica, acompanhados de flexão de pernas e joelhos e choro forte, que vem sob forma de crises. Entre um episódio e outro, fica assintomática. Apresentou alguns episódios de vômitos após início do quadro. Nega febre. Durante o exame físico, há uma massa palpável no abdome e eliminação de evacuação com sangramento vivo.

Considerando esse quadro clínico, a principal hipótese diagnóstica é

- (A) divertículo de Meckel.
- (B) gastroenterite aguda por rotavírus.
- (C) estenose hipertrófica do piloro.
- (D) invaginação intestinal.
- (E) doença do refluxo gastroesofágico.

47

Adolescente, sexo masculino, 16 anos, internado na enfermaria pediátrica, apresenta dispneia aos médios esforços, edema facial matinal, taquicardia, turgência jugular, edema na face e pescoço, circulação colateral na região torácica anterior, murmúrio vesicular abolido à direita, sem hepatoesplenomegalia e febril. Exames: leucócitos 14.200/mm³, 72% de linfócitos, hemoglobina 10,8 g/dL, plaquetas 189.000/mm³; Desidrogenase láctica 1.840 U/L. Tomografia do tórax: massa anterior volumosa comprimindo veia cava superior, derrame pleural direito e colapso pulmonar direito. Citometria de fluxo do líquido pleural revela células com fenótipo CD2+, CD3+, CD7+, CD4-, CD8-, TdT+, CD34-.

Considerando o quadro clínico, laboratorial e imagem apresentados, trata-se, mais provavelmente, de linfoma

- (A) anaplásico de grandes células ALK-positivo
- (B) de Hodgkin esclerose nodular
- (C) difuso de grandes células B primário mediastinal
- (D) de Burkitt
- (E) linfoblástico de células T

48

Pré-escolar, 18 meses, é levada à Unidade Básica de Saúde por "respirar mal" há dois dias e aceita somente seio materno. Ao exame: FR 52 irpm, tiragem subcostal, sem estridor ou sibilos. SatO₂ 92% em ar ambiente, febril (38,4 °C), sem convulsão ou letargia. Peso atual com perda de 5% em relação ao peso do mês anterior, olhos levemente fundos, bebe líquidos avidamente e sinal da prega cutânea retorna em menos de 2 segundos.

De acordo com o Programa Nacional de AIDPI para crianças de 2 meses a 5 anos, assinale a opção correta a respeito da classificação dos problemas identificados e da conduta adequada.

- (A) Pneumonia grave, por tiragem subcostal, reforço da gravidade com SatO₂ 92% e algum grau de desidratação. Referência hospitalar, líquido oral na unidade de saúde enquanto aguarda remoção e manter aleitamento no transporte.
- (B) Pneumonia grave com necessidade de referência urgente para hospital, em razão da presença de tiragem subcostal; iniciar primeira dose de antibiótico antes da referência e avaliar o estado de hidratação no hospital de destino.
- (C) Pneumonia não grave, por apresentar com tiragem subcostal estando febril e com FR 52 irpm, tolerável dentro da faixa etária de 12 a 23 meses. Orientar a mãe sobre sinais de gravidade e dar soro de reidratação oral no domicílio.
- (D) Doença muito grave, por apresentar SatO₂ de 92% que é sinal geral de perigo, e desidratação grave, pela perda ponderal de 6%. Indicada referência hospitalar com hidratação venosa na unidade, antes da remoção.
- (E) Pneumonia não grave, pela FR 52ipm, pois a tiragem subcostal pode ser decorrente da febre e não classifica a pneumonia e desidratação leve. Deve receber plano B da reidratação, no local, e alta com amoxicilina oral por 5 dias.

49

Em relação ao diagnóstico laboratorial e à coleta de urina para urocultura no lactente com suspeita de infecção do trato urinário (ITU), considerando os critérios diagnósticos estabelecidos pelas referências em pediatria, é correto afirmar que: *(a saber: UFC = unidades formadoras de colônias; DMSA = ácido dimercaptossuccínico marcado com tecnécio-99m; USG = ultrassonografia)*

- (A) o diagnóstico de ITU no lactente febril requer a presença concomitante de piúria -leucocitúria ≥ 5 leucócitos por campo - e urocultura positiva com ≥ 50.000 UFC/mL em amostra obtida por cateterismo vesical, sendo que bacteriúria sem piúria sugere bacteriúria assintomática ou contaminação.
- (B) a urina coletada por saco coletor é considerada método adequado tanto para urinálise quanto para urocultura em lactentes, desde que o resultado da cultura demonstre crescimento de um único uropatógeno > 100.000 UFC/mL, dispensando nova coleta por método invasivo.
- (C) A positividade isolada do teste de nitrito na urina, por fita reagente, apresenta alta sensibilidade e alta especificidade para ITU no lactente, constituindo critério suficiente para diagnóstico presuntivo e início de antibioticoterapia empírica, independentemente do resultado da leucócito-esterase.
- (D) A cintilografia renal com DMSA deve ser solicitada para as crianças abaixo de 24 meses, após o diagnóstico da primeira ITU febril, por ser o método de maior sensibilidade para detecção de pielonefrite aguda e cicatriz renal, substituindo a USG na avaliação inicial.
- (E) A USG renal e de vias urinárias, quando normal após a primeira ITU febril em lactentes menores de 6 meses, possui valor preditivo negativo para refluxo vesicoureteral de graus IV-V, tornando-se dispensável a realização de ureterocistografia miccional nesse subgrupo específico.

50

Sobre o diagnóstico da síndrome de Down no período neonatal, é correto afirmar que

- (A) a mielopoiese anormal transitória acomete aproximadamente um terço desses bebês, apresentando evolução para leucemia mieloide aguda na totalidade dos casos, dada a natureza clonal e progressiva da proliferação megacarioblástica subjacente.
- (B) a cardiopatia congênita acomete aproximadamente metade dos pacientes e dentre as malformações identificadas, a comunicação interventricular isolada e a interatrial constituem, em conjunto, a categoria mais prevalente.
- (C) a trissomia livre do cromossomo 21, devida a não disjunção meiótica, representa variante citogenética presente na maioria dos casos, enquanto a translocação robertsoniana e o mosaïcismo respondem pela parcela restante dos casos.
- (D) o rastreamento do hipotireoidismo congênito nesses bebês é realizado com segurança pela dosagem isolada de T4 total, estando a dosagem do TSH destinada quando o T4 total estiver abaixo do percentil 10 para a idade gestacional corrigida.
- (E) a ecocardiografia está indicada naqueles que apresentam sopro cardíaco ao exame físico ou alterações eletrocardiográficas, sendo sua realização postergada para após 3 meses de vida, quando o exame cardiovascular for considerado normal pela equipe.

51

Lactente, 11 meses, sexo masculino, é levado ao pediatra, pois a mãe acha que o filho está com estrabismo.

Ao exame: BEG. Estrabismo discreto, não visualizado anteriormente. Na ficha, o médico observa que o teste do reflexo vermelho foi normal, mas encaminha o paciente para exame oftalmológico.

Em relação ao quadro, assinale a afirmativa correta.

- (A) O diagnóstico de neoplasia é de preferência pela tomografia computadorizada.
- (B) O estrabismo é comum nessa faixa etária e deve ser observado.
- (C) Pelo exame de triagem ocular neonatal normal, não descartamos neoplasia.
- (D) A leucocoria não deve ser valorizada por ser comum em lactentes.
- (E) As neoplasias oculares são esporádicas, sem componente hereditário.

52

Em relação às desordens do desenvolvimento ocular, é correto afirmar que

- (A) a ambliopia é unilateral e tem melhor resposta em pacientes mais jovens.
- (B) a diplopia requer avaliação pois pode ser por hipertensão intracraniana.
- (C) distúrbios do sono em ambientes escuros têm causa comportamental.
- (D) aniridia é uma alteração específica da íris associada ao glaucoma.
- (E) dislexia costuma ser atribuída a um distúrbio do alinhamento binocular.

53

Um lactente de 50 dias é internado com diagnóstico confirmado de coqueluche. O calendário vacinal está em dia para a idade. Mora com os pais, saudáveis e sem sintomas respiratórios. A equipe médica discute o tratamento recomendado da coqueluche e da profilaxia pós-exposição dos contatos.

Assinale a opção correta em relação à prescrição de azitromicina e de sulfametoxazol-trimetoprima (SMX-TMP).

- (A) Somente o lactente deve ser tratado com SMX-TMP por 14 dias.
- (B) Deve ser prescrito SMX-TMP para o lactente e seus pais por 14 dias.
- (C) Somente o lactente deve ser tratado com azitromicina por cinco dias.
- (D) Deve ser prescrita azitromicina para o lactente e para seus pais, por cinco dias.
- (E) Deve ser prescrito SMX-TMP para o lactente e azitromicina para os pais por cinco dias

54

Menino de 3 anos, é encaminhado pelo pediatra pois tem indicação de correção cirúrgica da fimose, após a não resolução com 8 semanas de corticosteroide tópico.

O cirurgião realiza anamnese completa e exame físico minucioso, e propõem a seguinte conduta:

- (A) mais 4 semanas de corticoide, pois 8 semanas é pouco para correção da fimose, pois apresenta fibrose cicatricial.
- (B) mesmo com relato de infecções urinárias de repetição, aguardar mais 1 ano para nova reavaliação, visto que 90% dos casos se resolvem espontaneamente por volta dos 3 anos.
- (C) devido à presença de parafimose, realizar cirurgia de urgência, pois não há manobras para se tentar a redução manual da glândula edemaciada.
- (D) a suspeita é de balanopostite, pênis apresenta vermelhidão, exsudato, irritação e edema, sendo indicado antibiótico, sem correção cirúrgica.
- (E) agendar cirurgia, pois o tratamento sempre é cirúrgico quando há fimose patológica, principalmente por suspeita de balanite xerótica.

55

Escolar de 6 anos com dermatite atópica desde os 6 meses, com lesões frequentes e infecções secundárias com uso de antibiótico 2x/ano, apresenta rinite, parcialmente controlada com corticoide nasal, e asma não controlada em uso de corticoide inalatório e broncodilatador de longa duração (altas doses). No último ano, teve 3 crises de asma com necessidade de corticoide sistêmico, sendo uma das vezes necessária a internação hospitalar por 7 dias. Ige 60 e 280 eosinófilos. Espirometria com distúrbio ventilatório obstrutivo leve e prova broncodilatadora negativa.

Por se tratar de uma asma grave com dermatite atópica grave, assinale a afirmativa correta. o menor teria indicação de

- (A) Está indicada imunoterapia para alérgenos específicos.
- (B) Deve-se intensificar hidratação de pele, e associar corticoide sistêmico dose alta diariamente e azitromicina profilática.
- (C) Não há indicação de tratamentos específicos imunobiológicos, pois a IgE é baixa.
- (D) Está indicada a avaliação imunobiológica para asma e dermatite atópica grave com eosinófilos altos.
- (E) Não há necessidade de afastar outros diagnósticos, já que tem história familiar positiva e outras atopias relacionadas.

56

Menina, 6 anos, apresenta manchas hipopigmentadas, de limites imprecisos e formato arredondado ou oval, sem descamação, na face, no pescoço, na parte superior do tronco e nas porções proximais dos braços. Há períodos de exacerbação quando a pele está ressecada e amenização das lesões com uso de emolientes.

A hipótese diagnóstica mais provável é

- (A) pitíriase alba.
- (B) pitíriase versicolor.
- (C) vitiligo.
- (D) tinea corporis.
- (E) eczema numular.

57

Menina, 2 anos, inicia na madrugada tosse metálica, respiração ruidosa e desconforto respiratório, e é levada imediatamente à emergência. Nega quadro gripal prévio ou febre associada.

Ao exame, apresenta-se assustada, com tosse semelhante a um latido de cachorro e estridor à ausculta.

Diante do quadro, a principal hipótese diagnóstica é

- (A) larinotraqueobronquite viral.
- (B) crupe espasmódico.
- (C) laringite viral.
- (D) epigloteite.
- (E) traqueíte bacteriana.

58

Menino, 10 anos, apresenta queixa de "manchas pelo corpo". Refere que há aproximadamente 10 dias percebeu uma lesão arredondada, de coloração rosa, com bordas elevadas em dorso, medindo 10 cm, e que ontem surgiram outras lesões menores, que se disseminaram pelo tronco e porção proximal dos membros. Nega febre associada.

Ao exame, está em bom estado geral, e no dorso, o eixo maior de cada lesão se alinha às linhas de clivagem cutânea, lembrando uma "árvore de Natal".

Diante do quadro, a principal hipótese diagnóstica é

- (A) pitíriase rósea.
- (B) eritema multiforme.
- (C) sarampo.
- (D) eczema numular.
- (E) psoríase.

59

Após a punção intraóssea em um lactente, de acordo com o recomendado no suporte avançado de vida pediátrico, para confirmar o posicionamento da agulha, é recomendado observar

- (A) sensação de "perda de resistência" ao atravessar o córtex, refluxo sanguíneo pelo *hub* da agulha, boa velocidade de infusão e radiografia mostrando ponta na cavidade medular.
- (B) refluxo espontâneo de medula óssea, resistência ao avanço da agulha e presença de crepitação óssea durante a inserção e bom fluxo intravenoso.
- (C) ausência de extravasamento de líquido nos tecidos moles adjacentes, frequência cardíaca acima de 100 bpm e melhora clínica imediata após infusão de 2 mL de salina fisiológica.
- (D) estabilidade da agulha no osso, capacidade de aspiração de medula óssea, capacidade de *flush* com solução salina fisiológica e não extravasamento ao redor.
- (E) inserção perpendicular ao osso a 10 mm distal à tuberosidade tibial com profundidade máxima de 5 mm abaixo da superfície cortical e observação de não extravasamento ao redor.

60

Lactente, 8 meses, internado na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica de um hospital universitário há 14 dias, evolui com choque séptico refratário, disfunção de múltiplos órgãos e sinais clínicos e eletroencefalográficos de morte encefálica. Ele está acompanhado por sua mãe. O intensivista responsável conversa com os internos e residentes sobre o desfecho.

Considerando o quadro e a importância da comunicação à família, a forma que o médico intensivista responsável deve adotar durante o processo, dentre as opções abaixo, é:

- (A) convidar a família a sentar na sala de reuniões e iniciar a comunicação informando o estado de morte encefálica de maneira objetiva, otimizando o tempo da família, evitando falsas expectativas e ao final indagar sobre dúvidas.
- (B) convidar a família para conversa, em sala reservada, avaliar compreensão sobre a gravidade, explicar o quadro evolutivo, informar plano de cuidado atual, no ritmo de assimilação da família, dando espaço para dúvidas e legitimando as reações
- (C) informar ao médico residente sobre a responsabilidade de transmitir notícias difíceis como aprendizagem e solicitar que ele exerça essa habilidade, informando aos familiares sobre o estado da criança e em caso de dúvida o chame.
- (D) reunir família com equipe responsável pelo cuidado, em roda de conversa, detalhar os escores de gravidade e medidas adotadas com base científica, permitir que todos emitam suas impressões mitigando questões éticas e emocionais.
- (E) conversar com a responsável junto ao paciente, dando conforto, informar gravidade do quadro, medidas que foram adotadas, legitimar esperança para o quadro, reforçar que há crianças tão ou mais graves internadas e que não está sozinha.

61

Adolescente, pardo, 13 anos e 8 meses, está preocupado por ser mais baixo que os colegas. Nasceu a termo, sem intercorrências perinatais e saudável até o momento. Pai 1,72m, "cresceu tarde", com estatura final aos 18 anos. Mãe 1,60 m. Exame físico: Peso 42 kg, Estatura 1,48 m (percentil < 3 para idade) velocidade de crescimento 5,2 cm/ano; testículos 9 mL bilateralmente (orquímetro de Prader), esparsos pelos pubianos e finos, localizados principalmente na base do pênis, ausência de pelos axilares e de pelos faciais. Idade óssea (radiografia dos punhos) 11,5 anos. Laboratório: IGF-1 (fator de crescimento semelhante à insulina tipo 1) normal para idade óssea; TSH (hormônio estimulante da tireoide) e T4 livre normais; hemograma e bioquímica sérica normais. Considerando esses dados, assinale a opção correta sobre o estágio de Tanner, o diagnóstico mais provável e a orientação na conduta.

- (A) G3 / P2. O diagnóstico mais provável é atraso constitucional do crescimento, variante fisiológica mais comum do atraso puberal em meninos. A conduta é seguimento clínico e da velocidade de crescimento e tranquilizar a família pois estatura alvo é favorável.
- (B) G2 / P2. O diagnóstico mais provável é deficiência do hormônio do crescimento (GH). A conduta indicada é a dosagem do GH basal, início imediato de reposição hormonal com somatotropina e atividade física regular.
- (C) G2 / P1. O diagnóstico mais provável é hipogonadismo hipogonadotrófico, pela idade óssea atrasada > 2 anos em relação à cronológica. A conduta é a realização de teste de estimulação com GnRH (hormônio liberador de gonadotrofinas) para confirmação diagnóstica.
- (D) G3 / P2. O diagnóstico mais provável é puberdade tardia secundária a doença sistêmica crônica. A conduta é a realização de rastreio de anemia, função renal, distúrbios metabólicos, doença celíaca e doença inflamatória intestinal, antes de qualquer investigação endócrina.
- (E) G4 / P3. A janela diagnóstica foi perdida visto estar em estágio avançado da puberdade. Não há indicação para investigação adicional de imagem e laboratorial para baixa estatura, cabendo orientação familiar e decisão compartilhada sobre avaliação especializada.

62

Recém-nascido a termo, sexo masculino, APGAR 6-9, apresenta desconforto respiratório progressivo iniciado ainda na sala de parto. As ultrassonografias obstétricas demonstravam polidramnia.

Na UTI neonatal, a hipótese diagnóstica mais provável foi da presença de

- (A) doença da membrana hialina.
- (B) taquipneia transitória do RN.
- (C) fístula traqueoesofágica.
- (D) cisto broncogênico.
- (E) eventração diafragmática.

63

Lactente, 9 meses, sexo masculino, ao nascer, apresentou eliminação de mecônio após 48 horas de nascido. Desde então, têm episódios de distensão abdominal, vômitos biliosos e constipação. A família procura atendimento médico, pois o paciente não está ganhando peso e crescendo de forma adequada, apesar do desenvolvimento cognitivo normal.

O diagnóstico mais provável para esse caso é

- (A) constipação funcional.
- (B) doença de Hirschprung.
- (C) atresia anorretal baixa.
- (D) gastroenterite eosinofílica.
- (E) hipopireoidismo congênito.

64

Lactente, 7 meses, sexo feminino, iniciou quadro de vômitos e placas avermelhadas pelo corpo após a segunda ingesta de leite integral.

Com base nesse quadro, é correto afirmar que

- (A) sintomas respiratórios isolados são bastante frequentes.
- (B) fórmulas à base de aminoácidos tem maior risco de urticária e anafilaxia.
- (C) em alguns casos, fórmulas extensamente hidrolizadas são toleradas.
- (D) deve haver suspensão de qualquer fórmula que contenha lactose.
- (E) fórmulas poliméricas à base de soro e caseína do leite de vaca são recomendadas.

65

Menina de 12 anos chega na emergência com o pai, com cansaço e com respiração rápida. O pai refere que a menor estava passando férias com os avós nos últimos 15 dias, tendo retornado hoje, cansada e emagrecida (perda de 4 kg), queixando-se de vômitos e dores abdominais. Refere também que, segundo os avós, ela tem demonstrado um apetite voraz e urinado muito na última semana.

Após exame físico, colhe-se imediatamente a glicemia e gasometria: glicose 430 mg/dL, pH 7,2, bicarbonato 13 mEq/L. Rapidamente, inicia-se o tratamento de cetoacidose diabética.

Sobre os cuidados que devem ser tomados no manejo dessa emergência, está correto afirmar que

- (A) a reposição de fósforo deve ser realizada sempre que ele estiver abaixo de 3,0 mg/dL.
- (B) se a glicemia estiver abaixo de 250 mg/dL, mas a paciente mantém acidose metabólica, a reposição contínua de insulina deve ser mantida, ajustando-se a oferta de glicose no soro.
- (C) mesmo que o paciente esteja estável e a acidose corrigida, a alimentação oral não pode ser feita se glicemia > 250.
- (D) a correção com insulina endovenosa deve ser mantida e sem oferta de glicose, até que a acidose seja corrigida, independentemente do valor da glicemia.
- (E) a insulina regular SC (a cada 4 horas) somente pode ser aplicada se a glicemia estiver abaixo de 200, mesmo que a acidose tenha sido corrigida.

66

As dores abdominais na pediatria comumente não estão relacionados a problemas orgânicos. Entretanto, uma queixa de dor abdominal de início súbito, intenso e sem relação com trauma, necessita avaliação médica imediata por suspeita de abdome agudo.

Considerando as principais causas de abdome agudo na população pediátrica, assinale a afirmativa incorreta.

- (A) Dores abdominais associadas a cólicas intermitentes, vômitos biliosos e eliminação de sangue nas fezes são sintomas presentes nos quadros de intussuscepção intestinal.
- (B) A ausência dos sinais de Blumberg e/ou Rovsing afasta a suspeita de apendicite aguda em pacientes com febre, vômitos e dor periumbilical que irradia para quadrante inferior direito.
- (C) O divertículo de Meckel é a anomalia congênita do trato gastrointestinal mais frequente, cuja enterorragia é uma manifestação comum.
- (D) A hérnia inguinal tem maior incidência no sexo masculino em seu primeiro ano de vida e pode cursar com encarceramento; sua correção é uma das cirurgias mais comuns no lactente.
- (E) No recém-nascido, a estenose hipertrófica do piloro pode levar a vômitos de leite não ingeridos e palpação de tumorção (oliva).

67

Menina de 18 meses chega acompanhada da avó devido a hematoma em tórax, com dificuldade de respirar ou de chorar. No exame, apresenta sensibilidade ao toque. Segundo a avó, a menor tentou sair sozinha do berço e caiu no chão. A radiografia evidencia uma fratura de costela.

A seguinte conduta deve então ser feita:

- (A) Analgesia para dor e liberação da menor com a avó, com orientações sobre quedas.
- (B) Deve-se afastar a avó da criança imediatamente e solicitar exames para confirmar a suspeita de maus tratos que causem danos físicos tais como fraturas em diferentes estágios de cicatrização.
- (C) Por ser pequena, a redução da fratura está indicada, mas precisa da autorização de um dos pais para isso.
- (D) Somente deve-se notificar o Conselho Tutelar se houver confirmação da suspeita de maus tratos.
- (E) Deve-se solicitar a presença dos responsáveis, afastar outras causas para a fratura, solicitar exames de imagem e notificar o Conselho Tutelar.

68

Lactente masculino, 12 meses, está em tratamento para otite média aguda com amoxicilina oral, há 72 horas, sem melhora dos sintomas, surgindo abaulamento em região retroauricular à esquerda.

Na suspeita de mastoidite aguda, o exame complementar que pode auxiliar a confirmação do diagnóstico é a

- (A) radiografia de mastoide.
- (B) ultrassonografia de mastoide.
- (C) tomografia computadorizada do osso temporal.
- (D) tomografia computadorizada de crânio com contraste.
- (E) angiotomografia de crânio.

69

Menino, 3 anos, apresenta episódios de crises convulsivas de início aos 2 anos de idade, atônicas, que provocam quedas durante o período de vigília, crises de ausência e crises tônicas durante o sono. Há atraso de desenvolvimento associado.

Assinale a opção correta em relação à principal hipótese diagnóstica e aos achados no eletroencefalograma (EEG) do caso.

- (A) Síndrome de Lennox-Gastaut; EEG com complexos ponta-onda lenta e surtos de polipontas durante o sono.
- (B) Síndrome de Janz; EEG com descargas generalizadas de poliponta-onda lenta.
- (C) Síndrome de West; EEG com hipsiarritmia e descargas generalizadas de poliponta-onda lenta.
- (D) Síndrome de Landau-Kleffner; EEG com descargas de ponta-onda de alta amplitude, que tendem a ser bitemporais.
- (E) Crise de ausência típica; EEG com descargas de ponta-onda lenta durante hiperventilação.

70

Recém-nascida (RN), a termo, 2º dia de vida, apresenta linfedema dorsal de mãos e pés, pescoço alado, implantação baixa de cabelos na nuca, hipertelorismo mamilar e sopro sistólico no foco aórtico. De acordo com o fenótipo sugestivo, foi solicitado cariótipo.

Sobre a principal hipótese, é correto afirmar que

- (A) cursa com puberdade precoce e falha no crescimento e desenvolvimento.
- (B) a malformação cardiovascular mais frequente é a coarctação da válvula aorta.
- (C) o cariótipo mais provável é o 46,XX, considerando ser RN do sexo feminino.
- (D) a cardiopatia manifesta-se clinicamente mais tardiamente e requer cirurgia após os dois anos.
- (E) o rim em ferradura e as malformações do sistema coletor são as anomalias renais mais prevalentes.

71

Pré-escolar, 2 anos, 12 kg, é internado na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica por pneumonia e derrame pleural. Está taquipneica, vomitou um pouco, está hidratada e com diurese e função renal preservadas. A equipe indicou hidratação venosa de manutenção pela Regra de volume de Holliday-Segar.

A taxa de infusão mais adequada nas primeiras 24 horas é de

- (A) 40 mL/h
- (B) 45 mL/h
- (C) 50 mL/h
- (D) 55 mL/h
- (E) 60 mL/h

72

Adolescente, 13 anos, sexo masculino, apresenta tosse persistente há doze dias. Relata febre esporádica e pouca secreção. Seu médico, após examiná-lo, prescreveu azitromicina por cinco dias e broncodilatador, em caso de tosse intensa. Não houve melhora. Moram em área urbana, sem animais domésticos, mas bem próximo à região com floresta, com contato íntimo com pássaros locais. O pai procurou o pronto-atendimento, sendo realizada radiografia de tórax com pequeno nódulo (1 cm de diâmetro), não calcificado, no hemitórax direito. Ultrassonografia abdominal com fígado e baço de tamanho normal, sem linfadenomegalias. Prova tuberculínica – 4mm. Nega contato com pessoas com tosse crônica.

A principal hipótese diagnóstica é

- (A) tuberculose pulmonar.
- (B) paracoccidioidomicose.
- (C) histoplasmose.
- (D) neuroblastoma.
- (E) esporotricose.

73

Adolescente, 17 anos, sexo masculino, com asma em remissão clínica desde os oito anos, está em início de quadro de desconforto respiratório, após passar o final de semana com outros adolescentes. Apresenta tosse, respira rápido e tem dor torácica. Faz uso de broncodilatador, sem melhora. Como iniciou quadro de vômitos e dor abdominal, os pais o levaram ao hospital, sendo indicada internação. Quando perguntado, o jovem refere ter feito uso de dispositivo eletrônico de fumar. Nega contato com outras pessoas com quadro respiratório. Tem esquema vacinal completo.

Em relação ao quadro descrito, na internação e/ou no momento da alta hospitalar, espera-se encontrar

- (A) leucopenia com linfocitose, PCR e VHS elevados.
- (B) redução da capacidade de difusão de monóxido de carbono.
- (C) macrófagos com hemossiderina na broncoscopia.
- (D) condensações subpleurais bilaterais.
- (E) espirometria forçada dentro da normalidade.

74

Lactente feminino, de 8 meses, inicia quadro de febre a 5 dias (temperatura máxima 38,5°C), irritabilidade e vômitos (5x/dia), diminuição do volume urinário. Discreta coriza. Nega diarreia, mialgia e outros sintomas.

Exame físico: febre 39°C, sinais de desidratação, aparelho respiratório, cardiovascular e abdome sem alterações.

Nesse caso, podemos excluir a possibilidade de infecção do trato urinário (ITU) se

- (A) a presença de sinais respiratórios já exclui essa possibilidade.
- (B) se EAS apresentar nitrito negativo, podemos desconsiderar a possibilidade de ITU.
- (C) caso seja EAS inespecífico, podemos realizar a urinocultura por saco coletor e liberar para aguardar o resultado para avaliar o tratamento.
- (D) se EAS sugestivo, solicitar urinocultura por cateterismo e iniciar antibiótico empírico hospitalar.
- (E) se nitrito + associado a piúria e esterase leucocitária, iniciar imediatamente amoxicilina com clavulanato, sem outros exames.

75

Menina de 8 anos, é trazido ao ambulatório pois a mãe esta muito preocupada com seu rendimento escolar, quem vem piorado nos últimos 2 anos. Esse ano passou a ter alguns episódios de raiva, mas em outros momentos apresenta crises de risos sem motivo. Nega qualquer mudança no ambiente escolar ou familiar. Durante a consulta percebe-se que a menor esta da altura da mãe. Ao questionar, ela refere que a criança iniciou surgimento de brotos mamários aos 6 anos e aos 7 anos surgimento de pelagem em genitália, mas que ela também teve desenvolvimento puberal muito cedo.

No exame, você observa estadiamento de Tanner M3P3, presença de pelos axilares, pele oleosa com acne, sem outras alterações. Na avaliação do gráfico do crescimento, observa uma velocidade de crescimento de 10 cm no último ano. A mãe trouxe consigo os seguintes resultados de exames solicitado pela médica na última consulta: Idade óssea 11,5 anos; FSH = 5,0 mUI/mL (vr: < 2,0 mUI/mL); LH = 4,0 mUI/mL (vr: < 0,3 mUI/mL); estradiol = 25 pg/mL (vr: < 15 pg/mL); T4 Livre = 1,0 ng/dL (vr: 0,8 a 1,7ng/dL); TSH = 2,0 mUI/L (vr: 0,53 a 4,5 mUI/L).

Sobre a provável causa da puberdade precoce, é correto suspeitar de

- (A) adrenarca prematura.
- (B) síndrome de McCune Albright.
- (C) hamartoma hipotalâmico.
- (D) telarca prematura.
- (E) hiperplasia congênita de suprarenal.

76

Lactente de 6 meses, masculino, com Síndrome de Down, é trazido à primeira consulta na Pediatria para acompanhamento. O médico solicita, dentre outros exames, um hemograma completo.

Considerando esse quadro, uma justificativa para a solicitação do hemograma se baseia no risco desse paciente desenvolver, nos primeiros três anos de vida, o seguinte tipo de neoplasia:

- (A) leucemia mieloide aguda.
- (B) linfoma não Hodgkin.
- (C) leucemia mieloide crônica.
- (D) linfoma de Hodgkin.
- (E) câncer de testículo.

77

Lactente, com bebê em aleitamento materno exclusivo, em função de alto risco à criança, não deve fazer uso, nesse momento, de

- (A) Nortriptilina.
- (B) Sertralina.
- (C) Paroxetina.
- (D) Carbonato de lítio.
- (E) Oxalato de escitalopram.

78

Lactente, 9 meses, sexo feminino, é trazida à consulta de puericultura. O calendário vacinal está incompleto, com nenhuma dose anti-influenza.

A criança é encaminhada para a Clínica da Família, onde deverá ser tomada a seguinte conduta:

- (A) como está fora da sazonalidade, os pais devem retornar no próximo ano.
- (B) seja qual for o mês, será administrada uma dose única anual de 0,25 mL.
- (C) serão aplicadas duas doses de 0,5mL, com dois meses de intervalo.
- (D) receberá uma dose de 0,25mL, devendo retornar em 1 mês para outra dose.
- (E) será administrada uma dose de 0,5mL, sem necessidade de nova dose.

79

Pré-escolar, 4 anos, sexo masculino, é levado ao pronto atendimento porque acordou com manchas vermelhas pelo corpo. A mãe refere febre e diminuição de ingesta alimentar há 72 horas. Calendário vacinal em dia.

Ao exame: BEG. Febril (TAX = 38,7 °C). Pequenos pontos avermelhados no palato. Língua com um aspecto avermelhado. Discreta palidez perioral. Pele com manchas vermelhas puntiformes com um aspecto áspero, semelhante à "lixa", mais escuras e intensas nas dobras da pele.

Considerando a principal hipótese diagnóstica, além da prescrição de antitérmicos, em caso de febre, é correto afirmar que

- (A) a conduta é expectante uma vez que o quadro é autolimitado e benigno.
- (B) como a criança está vacinada, não há necessidade do uso de medicamento.
- (C) deve-se alertar as gestantes que tenham tido contato recente com a criança.
- (D) o uso de anti-histamínicos para o prurido é o único tratamento recomendado.
- (E) antibioticoterapia deve ser iniciada visando à prevenção de complicações.

80

Recém-nascida, feminina, a termo, parto cesáreo, apgar 8/9, nascida com 3200 g. Gestação e parto sem intercorrência, com boa pega ao seio materno, tiveram alta em 48h pós-parto com ela pesando 3050 g. Foi na pediatria para reavaliação com 15 dias de vida. A mãe queixa-se, na consulta, de que a menor tem uma respiração cansada (que o seu primeiro filho não tinha), e que piora muito durante as mamadas, e se engasga por vezes. Apesar de ter boa quantidade de leite e ela estar sugando bem, parece não estar engordando.

Na consulta, pesa 3070 g, apresentando-se dispneica com FR = 44irpm. Pulmões limpos. Na ausculta cardíaca, desdobramento fixo de B2 com sopro sistólico de ejeção (3/4). Palpa-se impulsão sistólica em ventrículo direito na borda esternal esquerda. Pulsos amplos. PA normal. RX tórax: cardiomegalia; ECG: complexo QRS tipo Rsr.

De acordo com essa apresentação clínica, a provável cardiopatia congênita que a menor deve ter é a

- (A) comunicação interatrial *ostium primum*.
- (B) comunicação interventricular moderado.
- (C) persistência do canal arterial.
- (D) transposição das grandes artérias.
- (E) atresia tricúspide.

Realização

