

TIPO**1****Endare**

EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

EDIÇÃO 2026/2027

TARDE**ÁREA DE ATUAÇÃO**
MEDICINA INTENSIVA PEDIÁTRICA**PROVA OBJETIVA – TIPO 1****SUA PROVA**

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

**TEMPO**

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

**NÃO SERÁ PERMITIDO**

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

**INFORMAÇÕES GERAIS**

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

Boa prova!

Medicina Intensiva

1

Um paciente sob ventilação mecânica com síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA) está tendo sua sotação reduzida. Você é chamado para avaliar o paciente, pois ele começou a apresentar respirações espontâneas. O enfermeiro está preocupado, pois o paciente parece estar fazendo um esforço respiratório intenso.

Nesse caso, assinale a medida objetiva que pode ser utilizada em muitos ventiladores para avaliar o esforço respiratório.

- (A) Fluxo inspiratório.
- (B) Pressão de pico.
- (C) Nível de pressão de suporte
- (D) PO.1 (Pressão de Oclusão das vias aéreas nos primeiros 100 milissegundos).
- (E) Gasometria arterial.

2

A monitorização da pressão intracraniana (PIC) é recomendada para pacientes com traumatismo cranioencefálico (TCE) com

- (A) TCE leve (ECG 13–15) e tomografia de crânio normal.
- (B) escala de Coma de Glasgow (ECG) < 8 com tomografia de crânio anormal.
- (C) ausência de respostas motoras de tronco encefálico.
- (D) pressão arterial sistólica abaixo de 100 mmHg.
- (E) ECG < 8, com tomografia de crânio normal, na ausência de outros fatores de risco.

3

Assinale a opção que apresenta uma estratégia validada para a integração bem-sucedida dos cuidados paliativos na UTI.

- (A) Consulta automática e obrigatória de cuidados paliativos para todos os pacientes internados na UTI, independentemente da gravidade clínica.
- (B) Restringir a abordagem paliativa exclusivamente às discussões sobre terminalidade e cuidados de fim de vida.
- (C) Uso de critérios/gatilhos clínicos para identificar pacientes com maior probabilidade de se beneficiar de envolvimento paliativo.
- (D) Delegar toda a responsabilidade pelos cuidados paliativos à equipe especializada externa, sem capacitação da equipe assistencial da UTI.
- (E) Modelo integrado em UTI pediátrica de recursos limitados.

4

Com relação aos princípios bioéticos na Unidade de Terapia Intensiva, assinale a afirmativa correta.

- (A) O princípio da autonomia determina que, na incapacidade do paciente, a decisão final deve caber exclusivamente à equipe médica assistente, por deter o conhecimento técnico necessário.
- (B) Na ausência de diretivas antecipadas de vontade, o padrão ético mais adequado é o do julgamento substitutivo (*substituted judgment*), no qual os familiares e a equipe buscam reconstruir o que o próprio paciente decidiria em tais circunstâncias — e não necessariamente o que consideram objetivamente "melhor" para ele.
- (C) O princípio da beneficência exige a manutenção de todas as medidas de suporte tecnicamente disponíveis, independentemente do prognóstico, como forma de preservar a vida a qualquer custo
- (D) O princípio da justiça distributiva autoriza a limitação unilateral do suporte de vida sempre que houver escassez de leitos de UTI, dispensando a discussão com a família ou o processo decisório compartilhado.
- (E) O princípio da não maleficência impõe a suspensão imediata de qualquer medida considerada fútil pela equipe médica, sem necessidade de comunicação prévia com os familiares

5

Homem de 50 anos sofre ferimento por arma de fogo (FAF) em abdome. No atendimento pré-hospitalar, os sinais vitais são: pressão arterial 80/60 mmHg, frequência cardíaca 120 bpm e frequência respiratória 30 irpm. A equipe de resgate obtém acesso venoso e administra bolus de 1 L de Ringer Lactato. À chegada ao centro de trauma, os sinais vitais permanecem: FC 130 bpm, PA 80/60 mmHg, FR 30 irpm. O paciente protege via aérea espontaneamente e satura 99% em máscara não reinalante. O paciente foi direto para a UTI (Unidade de Tratamento Intensivo).

A conduta mais apropriada para o caso é

- (A) bolus de 1 L de hetastarch e ultrassonografia à beira do leito (FAST).
- (B) bolus de 2 L de soro fisiológico e tomografia computadorizada de abdome.
- (C) transfusão de uma unidade de concentrado de hemácias e laparotomia exploradora.
- (D) transfusão de uma unidade de plaquetas e 1 unidade de plasma fresco congelado, com tromboelastografia sérica.
- (E) administração isolada de ácido tranexâmico (bolus + infusão) e observação com reavaliação seriada de sinais vitais.

6

Um paciente do sexo masculino, 64 anos, com histórico médico complexo que inclui meningioma recém-diagnosticado com crises focais, hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes mellitus e cirrose hepática alcoólica, é internado após uma queda.

Durante a hospitalização, ele desenvolve dor persistente no quadrante superior direito do abdome, leucocitose e febre baixa. A ultrassonografia de quadrante superior direito é sugestiva de colecistite aguda. O quadro clínico do paciente deteriora-se rapidamente, apresentando hipotensão e alteração do estado mental, necessitando de internação em unidade de terapia intensiva (UTI) e uso de vasopressores para suporte hemodinâmico.

O plano de manejo mais adequado para esse paciente é:

- (A) hemoculturas e antibioticoterapia de amplo espectro.
- (B) hemoculturas, antibioticoterapia de amplo espectro e colecistostomia percutânea.
- (C) hemoculturas, antibioticoterapia de amplo espectro e colecistectomia laparoscópica.
- (D) hemoculturas, antibioticoterapia de amplo espectro e colecistectomia parcial aberta expedita.
- (E) hemoculturas, antibioticoterapia de amplo espectro e observação clínica rigorosa com analgesia.

7

Um jovem de 30 anos sofreu um acidente de trânsito enquanto pilotava uma motocicleta em alta velocidade; ele é trazido ao hospital apresentando Escala de Coma de Glasgow (ECG) de 5. A pressão arterial (PA) é de 100/70 mmHg, a frequência cardíaca é de 120 bpm e a saturação de oxigênio (SpO2) é de 87% em ar ambiente.

Um colar cervical rígido foi colocado para estabilizar a coluna cervical e o paciente foi transferido rapidamente ao CTI.

Em relação à obtenção de uma via aérea definitiva nesse paciente, é correto afirmar que

- (A) a intubação orotraqueal deve ser adiada até a realização de tomografia computadorizada de crânio para avaliação da lesão encefálica.
- (B) a via aérea definitiva está indicada, e a intubação em sequência rápida (ISR) deve ser realizada com agente indutor hemodinamicamente estável, como etomidato ou cetamina.
- (C) a presença de colar cervical rígido é contraindicação absoluta para intubação orotraqueal, sendo obrigatória a intubação nasotraqueal com fibroscopia.
- (D) a via aérea definitiva só deve ser estabelecida após a correção da hipotensão com fluidos, pois a PA de 100/70 mmHg contraindica a sedação para intubação.
- (E) o ECG de 5, por si só, não é indicação para intubação; a decisão deve ser baseada exclusivamente na capacidade do paciente de proteger a via aérea contra aspiração.

8

Uma paciente grave no CTI é submetida à intubação (utilizando fentanil, propofol e cisatracúrio) devido ao agravamento de uma insuficiência respiratória tipo I (hipoxêmica). Após a intubação bem-sucedida, a pressão arterial da paciente torna-se imensurável, a ventilação torna-se difícil e ela apresenta rubor generalizado no tronco, nos braços e na face.

Com relação a esse tipo anafilaxia, assinale a afirmativa correta.

- (A) Cisatracúrio é o principal causador (mais de 60% dos casos fatais).
- (B) Triptase normal exclui anafilaxia.
- (C) Hidrocortisona e anti-histamínicos em 1ª linha; adrenalina para refratários.
- (D) Incidência maior em crianças do que em adultos.
- (E) A anafilaxia alérgica é mediada por reações imunes associadas a IgE, IgG ou ao sistema complemento.

9

Paciente do sexo masculino, 58 anos, com diagnóstico de carcinoma de cólon e histórico de diabetes há 10 anos, submetido a cirurgia citorrredutora (CRS) e quimioterapia intraperitoneal hipertérmica (HIPEC) após quimioterapia neoadjuvante (NACT), recebeu instilação intraperitoneal de cisplatina durante a HIPEC. Foi extubado e transferido para a UTI para monitoramento e cuidados pós-operatórios.

Nesse caso, assinale a afirmativa correta.

- (A) Os AINEs (Anti-Inflamatórios Não Esteroides) devem ser preferidos em detrimento da analgesia peridural torácica (TEA) no pós-operatório da CRS/HIPEC, pois ela está associada a maior risco de hipotensão e lesão renal aguda, enquanto os AINEs têm perfil de segurança renal superior em pacientes oncológicos.
- (B) O uso intraoperatório de parecoxib (AINE inibidor seletivo de COX-2) mostrou-se seguro em pacientes submetidos à CRS/HIPEC com cisplatina, desde que a função renal pré-operatória seja normal, sendo o diabetes mellitus o único fator de risco relevante para doença renal.
- (C) O uso de AINEs (Anti-Inflamatórios Não Esteroides) no perioperatório da CRS/HIPEC é seguro desde que a função renal pré-operatória do paciente seja normal, pois o risco de nefrotoxicidade está restrito a pacientes com insuficiência renal crônica preexistente.
- (D) O uso de AINEs (Anti-Inflamatórios Não Esteroides) no perioperatório da CRS/HIPEC é seguro e recomendado pelas diretrizes ERAS® Society, que preconizam seu uso rotineiro após a remoção da analgesia peridural torácica, independentemente do agente quimioterápico utilizado.
- (E) O uso intraoperatório de parecoxib (AINE da classe dos inibidores seletivos de COX-2) foi identificado como um fator de risco significativo e independente para o desenvolvimento de doença renal crônica (DRC) no pós-operatório de pacientes submetidos à CRS/HIPEC com cisplatina.

10

Sobre o manejo e a prevenção de complicações pulmonares pós-operatórias (CPPOs) para o paciente submetido a cirurgia abdominal, assinale a afirmativa correta.

- (A) Hiperóxia intraoperatória é segura e não aumenta risco de CPPOs.
- (B) Fluidoterapia restritiva reduz CPPOs.
- (C) Dispositivos PEP (Pressão Expiratória Positiva) são fortemente recomendados como ferramenta primária para prevenção de CPPOs.
- (D) Bloqueio neuromuscular residual é raro (menos de 5%) e seu impacto é insignificante.
- (E) Ventilação protetiva perioperatória é padrão de cuidado em pacientes de alto risco.

11

Paciente portador de Hepatopatia Crônica (Classificação de Child-Pugh B), encontra-se na Unidade de Terapia Intensiva com quadro de candidemia.

Assinale a opção que indica possíveis antifúngicos, sem necessidade de ajuste de dose.

- (A) Caspofungina e Fluconazol.
- (B) Itraconazol e Fluconazol.
- (C) Caspofungina e Itraconazol.
- (D) Rezafungina e Anfotericina B Lipossomal.
- (E) Cetoconazol e Miconazol.

12

Paciente com fibrilação atrial desenvolve taquicardia ventricular com pulso (Torsades de Pointes).

O melhor conjunto de ações para reverter a arritmia desenvolvida por esse paciente instável é

- (A) monitorar intervalo QT e bolus de amiodarona.
- (B) avaliar eletrólitos e administrar Sulfato de Magnésio, 2g, endovenoso, em dez minutos.
- (C) repor eletrólitos e fazer bolus de 6mg de adenosina.
- (D) monitorar intervalo QT e infusão contínua de propafenona.
- (E) sedoanalgesia e cardioversão sincronizada.

13

Uma mulher de 30 anos foi trazida ao serviço de emergência por amigos de uma festa. Ela está agitada, confusa e verbalmente agressiva. Os amigos relatam um episódio de convulsão com duração de 30 segundos a caminho do hospital. Eles também informam que ela ingeriu “alguns comprimidos”. Relato específico que os comprimidos ingeridos eram de metanfetamina e fentanil. Aspirou cocaína e ingeriu álcool e houve rebaixamento do seu nível de consciência e ela ficou irresponsiva. Encaminhada ao CTI.

As etapas seguintes de tratamento para esse caso devem incluir

- (A) garantir as vias aéreas e ventilação, naloxone endovenoso e tomografia de crânio.
- (B) haloperidol, hemodiálise e atropina EV.
- (C) flumazenil EV, hemodiálise e haloperidol EV.
- (D) cateter nasal, fenitoína EV e flumazenil EV.
- (E) cateter de alto fluxo, fenitoína EV e hemodiálise.

14

Jovem de 18 anos, trazido pela sua mãe, foi transferido diretamente do Departamento de Emergência para o Centro de Terapia Intensiva. Segundo o relato da mãe, o filho apresentou, na noite anterior, vômitos e pareceu confuso. Ao exame, apresentava-se sonolento, porém responsivo, desorientado e febril (temperatura axilar de 38,5 graus Celsius) e com cefaleia.

Assinale a opção que apresenta três etapas do gerenciamento desse caso e o diagnóstico presuntivo correto.

- (A) Ácido valproico EV + fenitoína EV e eletroencefalograma isolado; diagnóstico presuntivo de *status epilepticus* não convulsivo.
- (B) Dexametasona isolada + paracetamol e ressonância magnética de crânio como exame inicial; diagnóstico presuntivo de encefalite autoimune.
- (C) Aciclovir EV, Ressonância Magnética do cérebro e punção líquórica com PCR; diagnóstico presuntivo de encefalite por herpes simples.
- (D) Ceftriaxona + vancomicina e hemocultura isolada; diagnóstico presuntivo de sepse de foco indeterminado.
- (E) Furosemida + manitol EV e TC de crânio isolada; diagnóstico presuntivo de hipertensão intracraniana idiopática.

15

Segundo o Guideline da SCCM (Society of Critical Care Medicine), 2026, sobre o cuidado do paciente idoso na UTI (Unidade de Terapia Intensiva), em relação à recomendação condicional, assinale a opção correta.

- (A) Tratamento antipsicótico preventivo para delirium.
- (B) Manter alvo de pressão arterial média de 60-65mmHg.
- (C) Tratamento antipsicótico de delirium.
- (D) Acompanhamento especializado pós UTI, para idosos sobreviventes de doença crítica.
- (E) Sugerir um modelo de assistência geriátrica para todos os idosos admitidos na UTI.

16

Paciente politraumatizado, foi submetido a cirurgia para controle de danos viscerais abdominais e ortopédicos em vigência de choque hemorrágico. Após, foi transferido para a UTI (Unidade de Terapia Intensiva).

Em relação ao “Diamante Letal” do paciente politraumatizado, assinale a opção correta.

- (A) Cálcio iônico > 1,2mmol/L; Temperatura Central de 35 graus Celsius; Acidose, pH 7,30; Coagulopatia INR < 1,5.
- (B) Cálcio Sérico > 9mg/dL; Temperatura axilar de 35 graus Celsius; Acidose, pH 7,30; Coagulopatia, INR < 1,5.
- (C) Hipotensão Arterial, Pressão Arterial Média < 65mmHg; Coagulopatia, INR > 1,5; Temperatura axilar < 35 graus Celsius; Acidose, pH < 7,35.
- (D) Hipotensão Arterial, Pressão Arterial Média < 65mmHg, Coagulopatia, INR < 15; Temperatura Axilar < 35 graus Celsius; Acidose, pH < 7,30.
- (E) Cálcio iônico < 1,0mmol/L; Temperatura Central < 34 graus Celsius; Acidose, pH 7,24; Coagulopatia, INR > 1,5.

17

Com base na Classificação de Diamond Forrester de choque cardiogênico no Infarto do Miocárdio, assinale a opção correta em relação a classes e parâmetros.

- (A) Classe I) Índice Cardíaco $< 2\text{L}/\text{min}/\text{m}^2$; Pressão de capilar pulmonar encunhado $< 18\text{mmHg}$; Mortalidade 3%.
- (B) Classe I) Índice Cardíaco $< 2\text{L}/\text{min}/\text{m}^2$; Pressão de capilar pulmonar encunhado $> 18\text{mmHg}$; Mortalidade 5%.
- (C) Classe II) Índice Cardíaco $< 2\text{L}/\text{min}/\text{m}^2$; Pressão de capilar pulmonar encunhado $< 18\text{mmHg}$; Mortalidade 3%.
- (D) Classe II) Índice Cardíaco $> 2\text{L}/\text{min}/\text{m}^2$; Pressão de capilar pulmonar encunhado $< 18\text{mmHg}$; Mortalidade 9%.
- (E) Classe I) Índice Cardíaco $> 2\text{L}/\text{min}/\text{m}^2$; Pressão de capilar pulmonar encunhado $> 18\text{mmHg}$; Mortalidade 9%.

18

Assinale a opção que apresenta uma indicação de cirurgia de abdome aberto em pacientes não traumáticos.

- (A) Baixo risco de síndrome de compartimento abdominal em pancreatite aguda severa.
- (B) Pressão Intra-Abdominal (PIA) $> 20\text{mmHg}$, associada a disfunção orgânica quando o tratamento conservador falha.
- (C) Baixo risco de síndrome de compartimento abdominal em paciente com rotura de aneurisma de aorta abdominal.
- (D) Pressão Intra-Abdominal (PIA) $< 20\text{mmHg}$, associada a disfunção orgânica sem tratamento conservador.
- (E) Baixo risco de síndrome de compartimento abdominal em paciente com isquemia mesentérica aguda.

19

A abordagem integrada para desmame da ventilação mecânica e extubação do paciente com traumatismo cranioencefálico, pode seguir os seis estágios de Jean Michel Bole, adaptado em 2026.

O terceiro e o quarto estágios dessa classificação são, respectivamente,

- (A) tratamento e suspeição.
- (B) suspeição e avaliação diária.
- (C) extubação e reintubação.
- (D) teste de respiração espontânea e extubação.
- (E) avaliação diária e teste de respiração espontânea.

20

Paciente com oitenta anos, sexo masculino, portador de DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica), DAC (Doença Arterial Coronariana) e Insuficiência Cardíaca, é admitido na UTI (Unidade de Terapia Intensiva) apresentando dispneia, febre alta e tosse com expectoração mucopurulenta.

Gasometria arterial: pH 7,25; $\text{PCO}_2 = 90\text{mmHg}$; $\text{PaO}_2 = 45\text{mmHg}$; $\text{HCO}_3 = 30\text{mmol/L}$; Lactato de $3,5\text{mmol/L}$.

Assinale a opção que apresenta, respectivamente, as indicações de VNI (Ventilação Mecânica Não Invasiva) e VMI (Ventilação Mecânica Invasiva) na exacerbação da DPOC.

- (A) VNI: aspiração maciça; VMI: vômitos persistentes.
- (B) VNI: acidose respiratória ($\text{PaCO}_2 > 45\text{mmHg}$; pH arterial 7,35); VMI: estabilidade hemodinâmica.
- (C) VNI: parada cardíaca; VMI: hipoxemia apesar de cateter nasal de alto fluxo.
- (D) VNI: arritmia ventricular grave; VMI: parada cardíaca.
- (E) VNI: hipoxemia apesar de suplemento de oxigênio; VMI: incapacidade persistente para remover secreções respiratórias.

21

Na avaliação da severidade da apresentação da asma brônquica, são características que representam ameaça à vida:

- (A) saturação de oxigênio em ar ambiente menor que 93%, PEF (Fluxo do Pico Expiratório) ou FEV (Volume Expiratório Forçado) entre 50% até 70%.
- (B) PEF (Fluxo do Pico Expiratório) ou FEV (Volume Expiratório Forçado) entre 50% e 70%, tórax quieto ou silencioso.
- (C) frequência respiratória aumentada; uso da musculatura acessória.
- (D) confusão mental, cianose, piora do escore clínico ou sonolência.
- (E) incapacidade para falar, beber e deitar, PEF (Fluxo do Pico Expiratório) ou FEV (Volume Expiratório Forçado) entre 50% e 70%.

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

Mulher, 34 anos, deu entrada na UTI (Unidade de Tratamento Intensivo), após ser transferida do Setor de Emergência, com dificuldade respiratória de uma hora de duração. História de desembarque, hoje, de viagem aérea com 18 horas de duração; uso de contraceptivo oral há seis meses.

Apresenta saturação de oxigênio 76%, taquicardia, hipotensão arterial. Eletrocardiograma de 12 derivações demonstrou taquicardia sinusal com desvio do eixo para a direita. Ecocardiograma demonstrou insuficiência tricúspide de leve a moderada. Radiografia de tórax normal.

22

De acordo com a Diretriz 2026 da American Heart Association (Associação Americana do Coração) para Embolia Pulmonar, a paciente encontra-se na seguinte categoria clínica:

- (A) C1.
- (B) C2.
- (C) C3.
- (D) B.
- (E) D.

23

De acordo com a Diretriz 2026 da American Heart Association (Associação Americana do Coração) para Embolia Pulmonar, o tratamento inicial correspondente à categoria clínica da paciente seria:

- (A) Anticoagulantes orais; beta bloqueador; reposição volêmica.
- (B) Trombólise sistêmica; inotrópicos.
- (C) Trombólise sistêmica; anticoagulação.
- (D) Anticoagulantes orais; beta bloqueador.
- (E) Trombólise sistêmica; anticoagulação.

24

Os pontos chaves em ventilação mecânica na Síndrome do Desconforto Respiratório Adquirido (ARDS) grave, incluem os seguintes parâmetros ventilatórios fundamentais e terapias adjuvantes:

- (A) Volume corrente 4mL-8mL/kg de peso predito; pressão de platô < 30 cmH₂O; *driving pressure* o mais baixo possível; posição prona; ECMO venovenosa quando PaO₂/FiO₂ < 80 mmHg apesar da ventilação protetora.
- (B) Volume Corrente 4mL-8mL/kg de peso predito; pressão de platô > 30 cmH₂O; *driving pressure* o mais baixo possível; posição prona; ECMO venovenosa quando PaO₂/FiO₂ < 80 mmHg apesar da ventilação protetora.
- (C) Volume Corrente 4mL-8mL/kg de peso predito; pressão de platô < 30cmH₂O; *driving pressure* o mais baixo possível; posição prona; Bloqueio Neuromuscular.
- (D) Volume Corrente 8mL-10mL/kg de peso predito; pressão de platô < 30 cmH₂O; *driving pressure* acima da pressão de platô; posição prona; bloqueio neuromuscular.
- (E) Volume corrente 4mL-8mL/kg de peso predito; pressão de platô > 30cmH₂O; *driving pressure* o mais baixo possível; estratégia conservadora de fluidos; bloqueio neuromuscular.

25

Paciente de nome Eustáquio está internado na Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

Exemplo de habilidades de comunicação na UTI:

“Estamos reunidos hoje para informar sobre o estado de saúde do Sr. Eustáquio e discutir as diversas opções de tratamento”.

Essa comunicação dentro da UTI exemplifica o seguinte tipo de habilidade:

- (A) cognitiva.
- (B) perceptiva.
- (C) de processo.
- (D) de conteúdo.
- (E) empática.

26

Mulher, 20 anos, internada na UTI (Unidade de Tratamento Intensivo) com Escala de Coma de Glasgow 4, temperatura corporal de 42 graus Celsius. O monitor cardíaco apresenta taquicardia sinusal com o complexo QRS largo.

Das opções a seguir, assinale a que indica um medicamento que ela pode ter ingerido.

- (A) Opióides.
- (B) Agentes tricíclicos.
- (C) Benzodiazepínicos.
- (D) Anti-inflamatórios não esteroides.
- (E) Inibidor renina angiotensina.

27

Considerando a diretriz da Campanha Sobrevivendo à Sepsis 2026 (*Surviving Sepsis Campaign 2026*), no que tange ao manejo da sepsis e do choque séptico, assinale a opção que apresenta, respectivamente, o que é considerado de baixa evidência e de moderada evidência.

- (A) Lactato sérico e bólus inicial de cristalóide, seguido de vasopressor se a hipotensão persistir.
- (B) Início de vasopressor por via periférica sem esperar acesso central, além de corticosteroide endovenoso (EV) em choque séptico.
- (C) Lactato sérico e meta inicial de PAM de 65 mmHg (em vez de metas mais altas) em choque séptico.
- (D) Cristalóide balanceado em vez de salina 0,9% e coleta de hemoculturas antes do antimicrobiano.
- (E) Antimicrobiano em até 1h para sepsis/choque séptico provável/definitivo e bólus inicial de cristalóide, seguido de vasopressor se a hipotensão persistir.

28

Um homem de 70 anos está na UTI com oligúria aguda e hipercalemia (K⁺ 7,2 mEq/L). Ele tem histórico de hipertensão, insuficiência cardíaca, doença vascular periférica e gota, condições para as quais faz uso de medicamentos. Atualmente, apresenta hipotensão (PA 65/40 mmHg) e redução do turgor cutâneo.

Assinale a opção que contém a condição **não** associada à lesão renal aguda.

- (A) Lesão renal aguda pré-renal por hipoperfusão/hipovolemia.
- (B) Uropatia obstrutiva (hiperplasia prostática).
- (C) Necrose cortical renal bilateral.
- (D) Nefrite intersticial aguda por hipersensibilidade.
- (E) Glomerulonefrite rapidamente progressiva.

29

Paciente do sexo masculino, 60 anos de idade, interna-se para doar um rim para sua filha que tem diabetes *Mellitus* tipo 1 e faz hemodiálise há dois anos. Apresenta quadro de Parada Cardiorrespiratória em Atividade Elétrica sem Pulso (AESP), com diagnóstico de embolia pulmonar, sendo submetido à reanimação cardiopulmonar. A equipe de Circulação Extracorpórea (ECMO) é acionada e chega 30 minutos após ressuscitação cardiopulmonar (RCP).

A embolectomia foi realizada, o paciente retorna à UTI e desmama facilmente da ECMO. Porém, torna-se irresponsivo e com sinais de morte encefálica.

Frente ao caso narrado, assinale a afirmativa correta quanto aos sinais de morte encefálica.

- (A) A presença de movimentos espontâneos de membros (automatismos medulares, como o sinal de Lázaro) exclui o diagnóstico.
- (B) O diagnóstico pode ser confirmado por um único exame clínico realizado por um médico, seguido de exame complementar.
- (C) Coma não perceptivo (arreativo), ausência de todos os reflexos de tronco encefálico e teste de apneia positivo, associados aos pré-requisitos clínicos obrigatórios e confirmados por exame complementar, definem a morte encefálica.
- (D) Midríase bilateral fixa isolada é, por si só, suficiente para confirmar o diagnóstico.
- (E) Coma não perceptivo, ausência de todos os reflexos de tronco encefálico e teste de apneia positivo, confirmados por dois exames clínicos consecutivos realizados pelo mesmo médico intensivista responsável pelo caso, associados a exame complementar comprobatório da ausência de atividade encefálica, preenchidos os pré-requisitos de tempo mínimo de observação e normotermia.

30

Uma paciente de 70 anos está em recuperação de procedimento de colocação de filtro em apêndice atrial esquerdo por via endovascular. Possui histórico recente de fibrilação atrial e acidente vascular encefálico agudo isquêmico. O pós-procedimento é na UTI e a paciente, após 12 horas, começa a queixar-se de dor torácica e falta de ar.

Aos exames, apresenta níveis tensionais arteriais de PA de 88 x 45 mmHg; eletrocardiograma com baixa voltagem generalizada, sem alterações agudas do segmento ST.

Diante do cenário, assinale a conduta que deve ser realizada.

- (A) Radiografia de tórax portátil.
- (B) Angiotomografia de tórax, abdome e pelve.
- (C) Dosagem de enzimas cardíacas.
- (D) Ecocardiografia beira-leito.
- (E) Scan ventilação-perfusão de tórax.

31

Paciente em pós-operatório de cirurgia abdominal aberta complexa e demorada está internado na UTI. Apresenta, no primeiro dia de pós-operatório, evolução para Síndrome de Compartimento Abdominal.

Nesse caso, as alterações que ocorrem em função dessa evolução são:

- (A) aumento da pressão de resistência vascular pulmonar; aumento da pressão intrapleural; aumento da pressão intracraniana; diminuição do débito cardíaco.
- (B) aumento da pressão de resistência vascular pulmonar; aumento da pressão intrapleural; aumento da pressão intracraniana; aumento do débito cardíaco.
- (C) diminuição da pressão de resistência vascular pulmonar; diminuição da pressão intrapleural; aumento da pressão intracraniana; aumento do débito cardíaco.
- (D) diminuição da pressão de resistência vascular pulmonar; diminuição da pressão intrapleural; aumento da pressão intracraniana; diminuição do débito cardíaco.
- (E) diminuição da pressão de resistência vascular pulmonar; diminuição da pressão intrapleural; diminuição da pressão intracraniana; aumento do débito cardíaco.

32

Puérpera teve parto realizado e foi transferida para a UTI. O obstetra relatou ruptura de bolsa amniótica, parto realizado com instrumentos, além de alto risco de hemorragia no pós-parto.

Ao exame clínico, apresenta níveis tensionais arteriais (PA) de 90 x 45 mmHg; frequência cardíaca de 115 bpm.

É portadora de cateter peridural funcionante; útero contraído; sangramento vaginal de pequena monta no absorvente e sonda vesical de demora com 20 mL de urina clara.

O tratamento intensivo do choque obstétrico e da hemorragia pós-parto é indicado em caso de

- (A) valor do Índice de Choque (Shock Index) de aproximadamente 0,9.
- (B) alta probabilidade de hematoma puerperal expansivo.
- (C) retenção de restos placentários.
- (D) ressuscitação volêmica com 3000 mL de cristaloides.
- (E) coagulação intravascular disseminada tardia.

33

Paciente do sexo feminino, 68 anos, internada na UTI, apresenta IMC de 40 Kg/m², é retrognata e necessita de ventilação mecânica invasiva. O seu quadro clínico impossibilita um exame detalhado da orofaringe e pescoço. A avaliação da via aérea superior por ultrassonografia beira-leito pode indicar uma possível dificuldade para intubá-la.

As medidas dos parâmetros de distância da pele a epiglote (DPE), distância hyomental (DHM) e espessura da língua (EL) que sugerem via aérea difícil são:

- (A) DPE (> 2,54 cm); DHM (< 4 cm) e EL (> 6,1 cm).
- (B) DPE (< 2,54 cm); DHM (< 4 cm) e EL (< 6,1 cm).
- (C) DPE (> 2,54 cm); DHM (> 4 cm) e EL (> 6,1 cm).
- (D) DPE (< 2,54 cm); DHM (> 4 cm) e EL (> 6,1 cm).
- (E) DPE (> 2,54 cm); DHM (> 4 cm) e EL (< 6,1 cm).

34

Homem, 34 anos, com diabetes *Mellitus* tipo 1 há 20 anos, em uso de esquema basal-bólus (uso de insulina de ação prolongada combinado com insulina de ação rápida nas refeições), é admitido na UTI por cetoacidose diabética (CAD) grave secundária à pielonefrite aguda.

À admissão, apresenta: glicemia 582 mg/dL, pH arterial 7,04, bicarbonato sérico 6 mEq/L, ânion-gap 26, cetonúria 3+, potássio sérico 5,2 mEq/L, Glasgow 14 (sonolento, mas orientado).

Nesse caso, a sequência de tratamento proposta, para a fase inicial ressuscitativa da cetoacidose diabética, é:

- (A) cristalóide balanceado 15–20 mL/kg na primeira hora; insulina regular em infusão contínua de taxa fixa, 0,1 U/kg/h, após bólus inicial; antibiótico empírico.
- (B) cristalóide balanceado 15–20 mL/kg na primeira hora; insulina regular em infusão contínua de taxa fixa, 0,5 U/kg/h, após bólus inicial; antibiótico empírico.
- (C) antibiótico empírico; cristalóide balanceado 15–20 mL/kg na primeira hora; insulina regular em infusão contínua de taxa fixa, 0,5 U/kg/h, após bólus inicial.
- (D) monitorização cardíaca contínua (K+ ainda dentro da faixa segura para iniciar insulina); antibiótico empírico; após seis horas da fase inicial; programar a transição para insulina regular subcutânea e reconciliação ao esquema do paciente.
- (E) monitorização cardíaca contínua (K+ ainda dentro da faixa segura para iniciar insulina); antibiótico empírico; após dez horas da fase inicial; programar a transição para insulina regular subcutânea e reconciliação ao esquema do paciente.

35

A respeito da sedoanalgesia em UTI, são características de sedativos e analgésicos, respectivamente,

- (A) dexmedetomidine: pode causar bradicardia, hipotensão e febre medicamentosa; fentanil: opioide sintético altamente lipofílico.
- (B) propofol: monitorar os triglicerídeos na linha de base e a cada 48 a 72 horas; ketamina: causa depressão respiratória.
- (C) dexmedetomidine: pode causar bradicardia, hipotensão e febre medicamentosa; fentanil: tem metabólito ativo.
- (D) propofol: monitorar os triglicerídeos na linha de base e a cada 48 a 72 horas; ketamina: tem metabólito ativo.
- (E) dexmedetomidine: em *bolus* não aumenta o risco de bradicardia; fentanil: tem metabólito ativo.

36

Na Síndrome de Guillain-Barré, são critérios de diagnósticos e características clínicas:

- (A) reflexos tendinosos profundos ausentes ou diminuídos; sintomas sensoriais intensos (em comparação com os sintomas motores).
- (B) fraqueza progressiva dos membros superiores e inferiores; infecção gastrointestinal ou respiratória recente (<2 semanas).
- (C) fraqueza progressiva dos membros superiores e inferiores; envolvimento dos nervos cranianos (especialmente paralisia facial bilateral).
- (D) fraqueza progressiva dos membros superiores e inferiores; neuropatia assimétrica.
- (E) fraqueza progressiva dos membros superiores e inferiores; reflexos tendinosos profundos presentes ou aumentados.

37

Seguindo a Diretriz 2025 da Sociedade Europeia de Medicina Intensiva (*European Society of Intensive Care Medicine*) sobre Choque Circulatório e Monitorização Hemodinâmica, a recomendação sobre responsividade de fluidos com melhor evidência é o

- (A) uso da SVV (Variação do Volume Sistólico) para avaliar a responsividade a fluidos em pacientes sob ventilação mecânica em choque com atividade respiratória espontânea.
- (B) uso do teste de minidesafio de fluidos em pacientes com choque.
- (C) teste de elevação passiva das pernas (PLR) para avaliar a responsividade a fluidos em pacientes em choque sob ventilação mecânica, com e sem atividade respiratória espontânea.
- (D) uso isolado de alterações no diâmetro da VCI (Veia Cava Inferior) para avaliar a responsividade a fluidos em pacientes críticos.
- (E) uso da PPV (Variação de Pressão de Pulso) para avaliar a responsividade a fluidos em pacientes sob ventilação mecânica em choque com atividade respiratória espontânea.

38

Paciente do sexo feminino, 40 anos, está internada no Centro de Terapia Intensiva com choque séptico. É portadora de doença reumatoide autoimune com fenômeno de Raynaud. Deverá ser submetida à cateterização da artéria radial, para monitorização da Pressão Arterial Média (PAM) e coleta de amostras de sangue para exames complementares.

Frente ao cenário, avalie se os cuidados que precisam ser discutidos antes da realização do procedimento proposto incluem

- I. Teste de Allen;
- II. Doppler/Ultrassonografia para avaliar diâmetro arterial, calcificação e fluxo colateral;
- III. Teste de Barbeau.

Está correto o que se afirma em

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

39

Paciente de vinte anos, sexo masculino, internado na UTI, é portador de obesidade classe III, com IMC ≥ 40 kg/m². A equipe de médicos plantonistas indica um acesso venoso central pela veia jugular interna.

No cenário narrado, assinale a afirmativa correta.

- (A) Os parâmetros anatômicos cervicais clássicos são os preferidos para a punção.
- (B) A localização dos vasos sanguíneos cervicais, no paciente obeso, pela ultrassonografia, não está indicada.
- (C) A punção da veia jugular interna está contraindicada no paciente obeso.
- (D) Achado sonográfico de imagem compatível de vaso sanguíneo é de veia, caso seja compressível pelo *probe* do ultrassom.
- (E) O *checklist* para prevenção de bacteremia associado a cateteres vasculares não se aplica nesse caso.

40

Assinale a opção que apresenta corretamente uma vantagem e uma desvantagem do doppler esofágico, para monitorização do Débito Cardíaco.

- (A) Vantagem: proximidade da Aorta.
Desvantagem: hipotermia é uma contraindicação.
- (B) Vantagem: não requer intubação.
Desvantagem: necessidade para reposicionamento.
- (C) Vantagem: pode permanecer no local por duas semanas.
Desvantagem: requer intubação.
- (D) Vantagem: não requer reposicionamento.
Desvantagem: não pode ser utilizado quando tiver estenose esofágica.
- (E) Vantagem: proximidade da Veia Cava Superior.
Desvantagem: não pode ser utilizado quando tiver perfuração esofágica.

Pediatria

41

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

Dois desses critérios são:

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

42

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

As indicações imediatas da biópsia de linfonodo incluem

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

43

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

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

44

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

A investigação diagnóstica correta é

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

45

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

Pensando em uma possível infecção osteoarticular, é correto afirmar que

- (A) na osteomielite, o úmero é o sítio mais comum, enquanto na artrite séptica, são o joelho e 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 antistreptolisina 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 X e, 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.

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.

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) rabdomiossarcoma.
- (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-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.

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 herpétiforme.

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 rastreio 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. Suspende o antibiótico nesse momento e após 48 horas, proceder com nova coleta de urina por punção supra púbica.
- (C) Em lactente, com o primeiro episódio de ITU febril por germe Gram-negativo, o protocolo impõe a realização obrigatória da uretrocistografia miccional e da cintilografia renal com DMSA na fase hospitalar aguda para o rastreamento imediato de Refluxo Vesicoureteral e cicatrizes renais.
- (D) A antibioticoterapia empírica deve ocorrer com nitrofurantoína por via oral, visto que apresenta excelente penetração no parênquima renal, o *Proteus mirabilis* demonstra ótima sensibilidade ao quimioterápico e ainda permite o tratamento ambulatorial seguro.
- (E) O saco coletor plástico é alternativa para a coleta na emergência pela praticidade e menor invasão. A confirmação diagnóstica, no caso, ocorreria com o isolamento da bactéria, diante do crescimento mencionado, visto o ponto de corte ser superior a 50.000 UFC/mL.

66

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

Exame físico: consciente, discreta letargia, mucosas hipocoradas (+/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 cristalóide 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 esteroidal, 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 – poliartalgia 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 esteroidal 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, assinala 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 areola 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 nirsevimabe 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

