

TIPO

1

Enare

EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

EDIÇÃO 2026/2027

TARDE

ÁREA DE ATUAÇÃO

NEFROLOGIA 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!



Nefrologia

1

Conceitualmente, pacientes com desidratação apresentam déficit de água intracelular causado por hipertonicidade e desequilíbrio hídrico, cujo diagnóstico exige avaliação laboratorial da concentração plasmática de Na^+ e/ou da tonicidade plasmática.

Já os pacientes com depleção de volume apresentam perda efetiva de Na^+ corporal total com consequente redução no volume intravascular que é mais precisamente descrita como depleção do volume do fluido extracelular.

Sobre o diagnóstico de depleção de volume extracelular (hipovolemia) é correto afirmar que

- (A) exige avaliação laboratorial.
- (B) baseia-se exclusivamente no débito urinário.
- (C) a ausência de hipotensão ortostática afasta o diagnóstico.
- (D) costuma cursar com hiponatremia.
- (E) baseia-se principalmente na história clínica e no exame físico, os exames laboratoriais desempenham papel complementar.

2

Paciente em Unidade de Terapia Intensiva mantido com ventilação mecânica invasiva há 10 dias e apresentando hipernatremia com 152 mEq/L.

Com relação a este distúrbio hidroeletrólítico, é correto afirmar que

- (A) a mortalidade aumenta proporcionalmente à rapidez do desenvolvimento da hipernatremia.
- (B) a hipernatremia é uma condição clínica que não apresenta associação independente com aumento de morbidade e/ou mortalidade.
- (C) é um distúrbio eletrolítico comum e requer medidas terapêuticas específicas apenas quando Na^+ sérico $> 155\text{mEq/L}$.
- (D) se desenvolve basicamente pelo aumento da reabsorção de sódio tubular renal, quando a fração de excreção de sódio é $< 1\%$.
- (E) é um distúrbio determinante da queda da osmolaridade plasmática, sendo compensado com a perda proporcional de potássio.

3

O Diabetes Insípido central resulta da síntese ou secreção prejudicada de arginina vasopressina (AVP) e é caracterizado pela excreção de urina inapropriadamente diluída, apesar da hiperosmolaridade plasmática. O Diabetes Insípido nefrogênico é caracterizado pela resistência renal ao AVP, resultando na incapacidade de promover a concentração urinária, mesmo com os níveis circulantes de AVP estando adequadamente elevados.

Essas duas situações clínicas podem ser observadas por diferenças em

- (A) seus níveis de glicemia.
- (B) seus níveis de hipostenúria.
- (C) suas respostas à desmopressina.
- (D) seus volumes de poliúria.
- (E) seus níveis de hipertensão arterial.

4

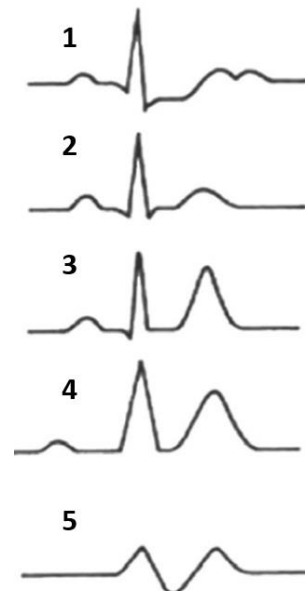
A hipercalemia pode ter origem medicamentosa iatrogênica. Os medicamentos que causam hipercalemia podem ser divididos em dois grupos: aqueles que diminuem a produção de aldosterona e aqueles que diminuem a resposta à aldosterona. Os medicamentos que diminuem a resposta à aldosterona incluem

- (A) inibidores de calcineurina, bloqueadores de receptores de angiotensina II (ARBs), beta bloqueadores.
- (B) anti-inflamatórios não-hormonais, heparina, inibidores de enzima de conversão da angiotensina (IECA).
- (C) antagonista de receptor mineralocorticoide (MR), inibidores de canal de Sódio (ENaC), trimetoprima.
- (D) inibidores de canal de Sódio (ENaC), inibidores de calcineurina, inibidores de enzima de conversão da angiotensina (IECA).
- (E) heparina, trimetoprima, anti-inflamatórios não-hormonais.

5

As alterações da calemia podem ameaçar a vida e representam uma emergência médica, exigindo o pronto diagnóstico e a adoção de intervenções terapêuticas adequadas na prática clínica diária.

Considere os traçados eletrocardiográficos abaixo



Assinale a opção que indica, respectivamente, os traçados eletrocardiográficos correspondentes à hipercalemia, à hipocalcemia e ao ECG normal.

- (A) 2 – 5 – 1.
- (B) 3 – 4 – 1.
- (C) 4 – 2 – 3.
- (D) 3 – 1 – 2.
- (E) 5 – 4 – 3.

6

A deficiência de ferro está presente em mais de 40% dos pacientes com DRC que ainda não fazem diálise. A deficiência de ferro é multifatorial e o estado metabólico do ferro deve ser avaliado regularmente nestes pacientes.

A respeito dos parâmetros laboratoriais avaliados, assinale a afirmativa correta.

- (A) Os valores de ferritina sérica têm maior valor preditivo para deficiência de ferro quando elevados (> 800 ng/mL).
- (B) O índice de saturação de transferrina não informa sobre a biodisponibilidade do ferro no organismo.
- (C) O índice de saturação de transferrina $< 20\%$ indica alta disponibilidade de ferro na DRC.
- (D) A deficiência orgânica de ferro causa diminuição da eficácia da terapia com agentes estimuladores da eritropoiese.
- (E) O nível sérico de ferritina não se altera nos estados inflamatórios.

7

O desenvolvimento de Doença Mineral Óssea é uma preocupação nos pacientes portadores de Doença Renal Crônica.

O calcitriol e os análogos da Vitamina D são ferramentas terapêuticas empregadas para mitigar os distúrbios metabólicos da doença renal e são preconizados para

- (A) todos os pacientes adultos com DRC em estágios G3a a G5, mesmo que não estejam em diálise.
- (B) pacientes com DRC em estágios G4 a G5 com hiperparatireoidismo grave (>300 pg/mL) e progressivo.
- (C) uso rotineiro a partir do estágio 3, independentemente dos níveis de paratormônio.
- (D) pacientes submetidos a hemodiálise que tenham hiperfosfatemia > 6 mg/dL, exclusivamente.
- (E) todos os pacientes com níveis de paratormônio > 200 pg/mL.

8

Paciente apresentando hematúria com o seguinte padrão visualizado no exame microscópico de urina:

A hipótese diagnóstica é

- (A) hematúria decorrente de nefrolitíase.
- (B) hematúria decorrente de cistite infecciosa.
- (C) hematúria dismórfica por glomerulopatia.
- (D) hematúria tubular.
- (E) hematúria por anemia falciforme.

9

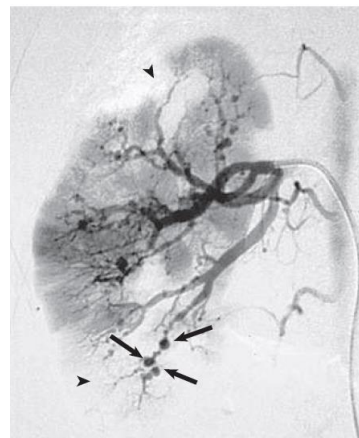
A nefropatia membranosa (NM) é uma causa frequente de síndrome nefrótica devido a depósitos imunes na superfície subepitelial da parede dos capilares glomerulares.

Sobre a nefropatia membranosa é correto afirmar que

- (A) anticorpos anti-PLA2R circulantes são detectáveis no soro de 75% a 80% dos pacientes com NM primária.
- (B) a NM secundária não ocorre em pacientes com tumores sólidos.
- (C) a hematúria caracteriza a NM secundária infecciosa.
- (D) a proteinúria da NM é seletiva para albumina.
- (E) a proteinúria nefrótica não impacta no aumento do risco cardiovascular dos pacientes com NM.

10

Paciente de 56 anos, passado recente de hepatite B, com história de febre, artralgia, hipertensão arterial leve, mononeurite periférica e dor abdominal difusa, acompanha de nodulos cutâneos difusos vermelhos e dolorosos. A investigação diagnóstica apresentou a imagem angiográfica abaixo, com falhas de perfusão segmentares e aneurismas vasculares (setas):



A hipótese diagnóstica é

- (A) endocardite infecciosa.
- (B) pielonefrite.
- (C) arterite de Takayasu.
- (D) poliarterite nodosa.
- (E) nefropatia por IgA.

11

A Fístula Arteriovenosa (FAV) é o acesso preferencial para realização de hemodiálise em pacientes com Doença Renal Crônica estágio 5.

Dentre as complicações descritas está a “Síndrome do Roubo” associado à FAV, que ocorre quando o fluxo sanguíneo

- (A) é desviado preferencialmente para as extremidades, causando redução na circulação na FAV.
- (B) é insuficiente para a FAV e para a extremidade.
- (C) é desviado preferencialmente para ramos vasculares colaterais, causando redução do fluxo na FAV.
- (D) é desviado preferencialmente para a fístula, causando redução na circulação das extremidades.
- (E) é desviado preferencialmente para a fístula, causando insuficiência cardíaca.

12

A peritonite fúngica é uma complicação potencial naqueles pacientes submetidos à diálise peritoneal (DP).

Quando diagnosticada a etiologia da peritonite fúngica, a conduta imediata deve ser

- (A) adicionar anfotericina B nos banhos e manter DP.
- (B) fazer antifúngico oral por 15 dias e manter DP.
- (C) retirar o cateter de DP e fazer antifúngico venoso por uma semana.
- (D) retirar o cateter de DP e fazer antifúngico venoso por duas semanas.
- (E) apenas mudar o método para hemodiálise por 15 dias.

13

Assinale a opção que não se correlaciona com a ocorrência de hipotensão intradiálítica.

- (A) Alimentação durante a hemodiálise.
- (B) Ultrafiltração em excesso.
- (C) Recirculação aumentada na fístula arteriovenosa.
- (D) Infecção bacteriana sistêmica.
- (E) Arritmia cardíaca.

14

Entre os critérios determinados pelo KDIGO 2026 (Kidney Disease: Improving Global Outcomes), o diagnóstico de Injúria Renal Aguda pode ser determinado por um dos seguintes dados:

- (A) Aumento da creatinina sérica $\geq 0,3$ mg/dL em até 48 horas; Aumento da creatinina sérica para $\geq 1,5$ vez o valor basal em até 7 dias; Redução do volume urinário para $< 0,5$ mL/kg/hora por pelo menos 6 horas.
- (B) Aumento da creatinina sérica $\geq 0,3$ mg/dL em até 24 horas; Aumento da creatinina sérica para $\geq 2,5$ vezes o valor basal em até 7 dias; Redução do volume urinário para $< 0,5$ mL/kg/hora por pelo menos 24 horas.
- (C) Aumento da creatinina sérica $\geq 1,3$ mg/dL em até 48 horas; Aumento da creatinina sérica para $\geq 1,5$ vez o valor basal em até 7 dias; Redução do volume urinário para $< 0,5$ mL/kg/hora por pelo menos 12 horas.
- (D) Aumento da creatinina sérica $\geq 0,3$ mg/dL em até 48 horas; Aumento da creatinina sérica para $\geq 2,5$ vezes o valor basal em até 7 dias; Redução do volume urinário para $< 1,5$ mL/kg/hora por pelo menos 6 horas.
- (E) Aumento da creatinina sérica $\geq 0,3$ mg/dL em até 12 horas; Aumento da creatinina sérica para $\geq 1,5$ vez o valor basal em até 7 dias; Redução do volume urinário para $< 0,5$ mL/kg/hora por pelo menos 12 horas.

15

A Doença Renal Aguda é atualmente conceituada como qualquer alteração

- (A) funcional com duração entre 7 dias e 3 meses.
- (B) funcional ou estrutural com duração entre 7 dias e 3 meses.
- (C) qualquer alteração estrutural com duração entre 7 dias e 3 meses.
- (D) qualquer alteração funcional ou estrutural com duração menor que 30 dias.
- (E) qualquer alteração funcional com duração menor que 30 dias.

16

A legislação de hemodiálise no Brasil é regulada em conjunto pelo Ministério da Saúde e pela ANVISA que definem as normas e os critérios de funcionamento dos serviços. De acordo com a Portaria GM/MS nº 389/2014, para iniciar tratamento com hemodiálise ambulatorial são necessários exames sorológicos virais, exames da função renal e hematológicos.

As sorologias virais obrigatórias incluem

- (A) Hepatite A, Hepatite B, HIV.
- (B) Hepatite A, Hepatite C, HIV.
- (C) Hepatite B, Hepatite C, HIV.
- (D) Hepatite B, Hepatite D, HIV.
- (E) Hepatite A, Hepatite D, HIV.

17

A síndrome urêmica ou uremia é um conjunto de manifestações clínicas e biológicas predominantes na DRC no estágio 5. As manifestações clínicas da Síndrome Urêmica são numerosas e têm intensidade variável.

Em relação à síndrome urêmica, assinale a afirmativa correta.

- (A) Nos pacientes com síndrome urêmica, o desaparecimento dos sintomas comprova a eficácia do tratamento dialítico.
- (B) Manifestações cardiovasculares são a principal causa de morbidade e mortalidade nos pacientes urêmicos.
- (C) As toxinas urêmicas são compostas de moléculas com peso molecular médio.
- (D) Manifestações neurológicas na síndrome urêmica envolvem neuropatia central e periférica.
- (E) Sensibilidade às infecções e resistência à vacinação.

18

Como causa de Injúria Renal Aguda, os seguintes agentes terapêuticos têm sido associados à nefrose osmótica na prática clínica, exceto um. Assinale-o.

- (A) Inibidores da anidrase carbônica.
- (B) Manitol.
- (C) Inibidores de SGLT2.
- (D) Agentes de contrastes radiológicos.
- (E) Hidroxietilamido.

19

A seguinte opção se relaciona à substituição da função renal através de hemodiálise, no longo prazo:

- (A) Apneia do sono.
- (B) Síndrome do túnel do carpo.
- (C) Glaucoma.
- (D) Zumbido auditivo.
- (E) Alopecia Areata.

20

Com base na legislação da doação de órgãos no Brasil (Lei nº 9.439 de 4/02/1997), assinale a afirmativa correta.

- (A) A disposição gratuita de tecidos, órgãos e partes do corpo humano, em vida ou post mortem, para fins de transplante e tratamento, é permitida na forma desta Lei, incluindo sangue, o espermatozoide e o óvulo.
- (B) A realização de transplante ou enxertos de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano poderá ser realizada por qualquer estabelecimento de saúde;
- (C) A retirada *post mortem* de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano destinados a transplante ou tratamento deverá ser precedida de diagnóstico de morte encefálica, constatada e registrada por um médico não participante da equipe de remoção e transplante.
- (D) Será admitida a presença de médico de confiança da família do falecido no ato da comprovação e atestação da morte encefálica.
- (E) Os prontuários médicos, contendo os resultados ou os laudos dos exames referentes aos diagnósticos de morte encefálica deverão ser guardados por 15 anos.

21

Das glomerulopatias relacionadas nas opções a seguir, assinale aquela para a qual podemos iniciar o tratamento imunossupressor sem confirmar o diagnóstico por biopsia renal ou teste genético.

- (A) Glomerulonefrite proliferativa difusa.
- (B) Glomerulosclerose segmental e focal.
- (C) Glomerulopatia por membrana fina.
- (D) Doença de lesão mínima em crianças.
- (E) Nefropatia por IgA.

22

A seguinte glomerulopatia é classificada como uma podocitopatia:

- (A) nefrite lúpica classe 2.
- (B) glomerulosclerose segmental e focal.
- (C) glomerulonefrite difusa aguda pós-estreptocócica.
- (D) glomerulonefrite secundária a vasculite.
- (E) nefropatia por IgA.

23

Com relação à terapia renal substitutiva feita por hemodiálise, é correto afirmar que

- (A) o Kt/V é o método de maior praticidade para quantificar dose de diálise.
- (B) a albumina sérica do paciente dialítico não tem impacto em sua morbimortalidade.
- (C) para a maioria dos pacientes em hemodiálise crônica, sem função renal residual, a prescrição padrão mínima é de três sessões de diálise por semana e uma duração mínima de quatro horas por sessão, que podem ser reduzidas de acordo com o Kt/v.
- (D) a hemodiálise incremental é um método de diálise que deve ser ofertado a todos os pacientes em terapia renal substitutiva.
- (E) caracteristicamente, a hemodiálise está correlacionada com desnutrição proteico calórica grave.

24

No setor de emergência, uma criança de 5 anos, do sexo masculino, apresenta-se com quadro de síndrome urêmica e injúria renal aguda. A mãe refere episódio de náuseas, vômitos e diarreia líquida. A criança encontra-se oligoanúrica, com escórias nitrogenadas elevadas, anemia de padrão hemolítico e trombocitopenia. O seu estado volêmico é de discreta hipovolemia, pois vinha sendo hidratada pelos pais.

A impressão diagnóstica inicial é de

- (A) glomerulonefrite difusa aguda pós-estreptocócica.
- (B) glomerulonefrite por lesão mínima.
- (C) síndrome hemolítico-urêmica.
- (D) injúria renal aguda pré-renal.
- (E) Necessidade de realizar a fração de excreção de sódio para melhor definição etiológica.

25

Paciente de 54 anos, com função renal normal previamente avaliada em pré-operatório, retorna no pós-operatório de cirurgia cardíaca de revascularização miocárdica, complicada com uma parada cardiorrespiratória revertida. Encontra-se hipotenso, anúrico por mais de 12 horas, sendo necessário o início de aminas vasoativas. O estado volêmico, definido pelo POCUS, é de hipervolemia. As escórias nitrogenadas, realizadas após 2 horas do pós operatório, mantinham-se em valores na faixa da normalidade.

No caso, é correto afirmar que o paciente está

- (A) com Injúria Renal Aguda estágio 3.
- (B) com Injúria Renal Aguda estágio 2.
- (C) com Injúria Renal Aguda estágio 1.
- (D) sem injúria Renal Aguda.
- (E) com síndrome cardiorrenal tipo 2.

26

Paciente de 67 anos, portador de doença renal do diabetes com doença renal crônica estágio 3A G1, encontra-se em uso de dapagliflozina, insulinoterapia, além de dose otimizada de IECA e rosuvastatina. Apresenta-se metabolicamente compensado e mantém níveis pressóricos dentro do alvo, apesar de potássio sérico de 5 mEq/L. O paciente, que trabalha na área da saúde, solicita o acréscimo à sua prescrição do medicamento finerenona.

Nesse caso, você

- (A) concorda com o paciente e prescreve finerenona, pois existem diretrizes que definem sua atuação na reversão da doença renal.
- (B) concorda com o paciente e prescreve finerenona, pois existem diretrizes em que o fármaco atua no controle metabólico dos pacientes com doença renal do diabetes.
- (C) não prescreve o fármaco e esclarece não haver relação entre o uso de finerenona e a doença renal.
- (D) retira o uso de IECA e inicia a finerenona, pelo risco de hipopotassemia.
- (E) não prescreve a finerenona e esclarece que ela é usada como agente adjuvante para pacientes com doença renal crônica, principalmente quando há excreção urinária de albumina persistentemente elevada, mas que pode aumentar o risco de hiperpotassemia.

27

Paciente feminina de 48 anos, portadora de doença renal do diabetes e doença renal crônica estágio 3A G1, refere estar em uso de dapagliflozina, insulinoterapia, uso de IECA em dose otimizada e rosuvastatina. Apresenta-se metabolicamente compensada e mantém níveis pressóricos satisfatórios. Na consulta, solicita a troca da dapagliflozina pela metformina, devido ao impacto financeiro da primeira. Nesse caso, você

- (A) discorda da paciente e cita trabalhos que indicam que o uso de dapagliflozina se correlaciona com a melhora da função renal.
- (B) concorda com a paciente e retira a dapagliflozina, pelo risco aumentado de infecção urinária e candidíase.
- (C) discorda da paciente pelo risco do uso de metformina nesse estágio de doença renal.
- (D) retira o uso de dapagliflozina, uma vez que não apresenta proteinúria.
- (E) esclarece que a dapagliflozina deve ser utilizada em estágios mais avançados da doença renal.

28

Paciente portador de doença renal crônica por nefrosclerose hipertensiva, recebeu transplante renal de rim de cadáver, tendo sido realizada terapia de indução imunossupressora administrada no momento do transplante renal, com o emprego de anticorpos que promovem a depleção de células T, em combinação com doses mais baixas de agentes convencionais, com excelente resposta.

Manteve-se em tratamento de manutenção com tacrolimus, micofenolato de mofetila e glicocorticoide. Durante consulta eletiva no quinto mês após o transplante, apresentou elevação de creatinina sérica (30%) do valor de base e presença de proteinúria. A ultrassonografia apresentava-se normal. O paciente apresentava-se assintomático, com leve aumento dos níveis pressóricos.

A sua hipótese inicial é de

- (A) rejeição aguda.
- (B) pielonefrite.
- (C) rejeição crônica.
- (D) recidiva da doença de base.
- (E) rejeição subclínica.

29

Em relação à doença renal policística autossômica do adulto, é correto afirmar que

- (A) é mais comum em grupos étnicos provenientes da Ásia.
- (B) está predominantemente relacionada a mutação dos genes PKD1 ou PKD2.
- (C) a idade do paciente no início do aparecimento dos cistos não está associada ao prognóstico renal.
- (D) não é uma das cinco causas mais comuns de doença renal crônica estágio V dialítica.
- (E) a presença de cistos maiores não se relaciona ao aparecimento de hipertensão arterial.

30

Paciente de 32 anos, do sexo feminino, com histórico de infecção urinária de repetição, procura setor de emergência com quadro sugestivo de infecção do trato urinário, com dor lombar leve e episódios de hematuria. O exame do sedimento urinário demonstrava pH urinário alcalino (> 8) e cristais de fosfato de magnésio e amônio. O exame de imagem (tomografia) demonstrou cálculo renal de 18 mm, ocupando a pelve renal esquerda, com moderada dilatação a montante.

A conduta é

- (A) iniciar antibioticoterapia empírica e encaminhar para o ambulatório de Urologia.
- (B) iniciar analgesia e hidratação venosa, posteriormente encaminhar para os serviços de Nefrologia (investigação de hematuria) e urologia.
- (C) solicitar urinocultura, iniciar antibioticoterapia direcionada para *Proteus mirabilis* até o resultado da cultura e encaminhar para o ambulatório de Nefrologia.
- (D) solicitar urinocultura, iniciar antibioticoterapia direcionada para *Proteus mirabilis* e tansulosina e encaminhar para o ambulatório de Urologia.
- (E) Internação hospitalar.

31

Paciente masculino de 57 anos de idade portador de doença renal crônica estágio 05 secundária à doença renal do diabetes, em programa regular de hemodiálise. Apresenta, nos exames de rotina, cálcio 8,9 mg%, fósforo 4,7 mg%, 25 hidróxi vitamina D 35 ng/mL, albumina sérica 4 g%, PTH molécula intacta 220 pg/mL, fosfatase alcalina 100 U/L. Encontra-se em uso de carbonato de cálcio 1 grama VO às refeições.

A conduta para o caso é

- (A) iniciar suplementação de vitamina D.
- (B) iniciar calcitriol 0,25 ao dia.
- (C) iniciar cinacalcete.
- (D) iniciar paricalcitol venoso.
- (E) manter a conduta.

32

Paciente do sexo masculino, diabético, 86 anos, apresenta quadro de bexiga neurogênica e necessidade de sonda vesical de demora. Realizou exames de rotina, que demonstraram hemograma e controle metabólico adequados, mas EAS com presença de piúria e urinocultura com crescimento de *Escherichia coli* acima de 100.000 UFC/mL sensível a quinolonas e cefaloporias.

A sua conduta é

- (A) iniciar tratamento com quinolona por 7 dias e repetir a cultura.
- (B) iniciar tratamento com cefalosporina por 7 dias e repetir a cultura
- (C) iniciar antibioticoterapia por 14 dias
- (D) realizar outra urinocultura.
- (E) não prescrever antibióticos e orientar retorno em caso de sinais clínicos de alarme (febre, disúria, dor abdominal).

33

Para auxiliar no tratamento da hipercalcúria associada ao cálculo renal, pode-se usar

- (A) diurético tiazídico.
- (B) diurético de alça.
- (C) colecalciferol.
- (D) reposição de carbonato de cálcio.
- (E) reposição de magnésio.

34

Durante a investigação de hematuria microscópica e proteinúria moderada em paciente do sexo masculino, de 17 anos, foram identificados, no exame físico, um discreto déficit auditivo bilateral e a presença de lenticone anterior.

A próxima abordagem diagnóstica é

- (A) realizar biópsia renal.
- (B) realizar teste genético.
- (C) realizar investigação para glomerulopatia secundária.
- (D) solicitar imunoeletroforese de proteínas séricas com imunofixação.
- (E) fazer a dosagem da atividade da alfa-galactosidase A (α -GAL A).

35

Paciente, portadora de lúpus eritematoso sistêmico, em acompanhamento regular com Reumatologista, inicia quadro de síndrome nefrótica severa, sem alteração da função renal. Na biópsia renal, foram observados espessamento difuso da parede capilar glomerular na microscopia óptica e depósitos imunes subepiteliais na microscopia eletrônica. Também foram detectados depósitos subendoteliais esparsos. A paciente não apresentava **outras manifestações clínicas ou sorológicas de LES**, os níveis de complemento estavam normais e os anticorpos anti-dsDNA não eram detectáveis.

O provável diagnóstico é

- (A) glomerulonefrite com lesão mínima.
- (B) nefrite lúpica classe II.
- (C) nefrite lúpica classe V.
- (D) nefrite lúpica classe IV.
- (E) nefrite lúpica classe VI.

36

Com relação à síndrome hepatorenal com injúria renal aguda, é correto afirmar que

- (A) é diagnosticada por biópsia renal, onde apresenta histopatologia característica.
- (B) apresenta boa resposta à reposição volêmica.
- (C) a dosagem de sódio urinário geralmente está elevada.
- (D) geralmente está associada à hematuria e proteinúria.
- (E) a síndrome hepatorenal com injúria renal aguda (SHR-LRA) é um diagnóstico de exclusão, não existe um exame específico que possa confirmar o diagnóstico.

37

Na necrose tubular aguda, assinale o elemento diagnóstico que se mostra mais preciso na prática clínica.

- (A) Fração de excreção de sódio diminuída.
- (B) Osmolaridade urinária elevada.
- (C) Fração de excreção de ureia elevada.
- (D) Presença de hematuria microscópica.
- (E) Relação entre ureia e creatinina plasmática acima de 40.

38

A granulomatose com poliangeíte (GPA) e a poliangeíte microscópica (PAM) são vasculites necrosantes que afetam predominantemente algumas artérias de pequeno calibre e apresentam manifestações orgânicas e gravidade variáveis. Os órgãos mais comumente e gravemente afetados incluem o trato respiratório superior e inferior e os rins.

Em relação à granulomatose com poliangeíte (GPA) e à poliangeíte microscópica (PAM), é correto afirmar que

- (A) a incidência de GPA e PAM não tem correlação geográfica nem étnica.
- (B) ocorrem mais frequentemente em crianças.
- (C) os vasos sanguíneos mais afetados são os de médio e grande calibre
- (D) devido à sua forte associação com o anticorpo anticitoplasma de neutrófilos (ANCA), também são denominadas vasculites associadas a ANCA (VAA).
- (E) manifestações otorrinolaringológicas podem ocorrer com maior frequência em pacientes com PAM do que nos com GPA.

39

A causa mais comum de hipopotassemia se deve

- (A) ao aumento das perdas de potássio pelo trato gastrointestinal ou pelo trato urinário.
- (B) à hipomagnesemia associada ao uso abusivo de inibidores de bomba de próton.
- (C) à translocação celular por pH extracelular diminuído.
- (D) a dietas hipocalóricas.
- (E) à hipertermia.

40

Em relação às características da acidose tubular renal (ATR) tipo 1, assinale a afirmativa correta.

- (A) É um distúrbio comum, principalmente em adultos.
- (B) Caracteriza-se por uma redução na capacidade de reabsorção de bicarbonato proximal.
- (C) O defeito primário é a acidificação distal prejudicada.
- (D) Não existe correlação com doenças autoimunes.
- (E) Não apresenta correlação com condições hipercalciúricas.

Pediatria

41

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

Dois desses critérios são:

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

42

A adenomegalia é uma queixa importante na pediatria, afetando até 45% das crianças previamente hígdas. 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 epitrocleea.
- (C) linfonodomegalia em região cervical maior do que 1cm fixo, endurecido, de rápido crescimento, sem outros sintomas associados.
- (D) falha da redução do gânglio apesar de 2 a 3 semanas de evolução e antibioticoterapia adequada.
- (E) linfonodomegalia associada a febre por menos 1 semana e perda de menos 10% do peso.

43

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

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

44

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

A investigação diagnóstica correta é

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

45

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

Pensando em uma possível infecção osteoarticular, é correto afirmar que

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

46

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

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

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

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

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

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

47

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

Sobre baixa estatura, assinale a afirmativa correta.

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

48

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

Sobre o melhor manejo desse paciente, é correto afirmar que

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

49

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

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

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

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

50

Menino de 4 anos chega ao pronto atendimento, levado pela mãe, com história de febre há 5 dias. A mãe refere que, no terceiro dia, surgiu vermelhidão nos olhos e rachaduras nos lábios 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 convulsivaônico-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/ mm^3 (predomínio de mononucleares), proteína = 50mg/dL e glicose normal.
- (B) Leucócitos = 10.000/ mm^3 (predomínio de mononucleares), proteína 300 mg/dL e glicose normal.
- (C) Leucócitos = 10.000/ mm^3 (predomínio de polimorfonucleares), proteína 300 mg/dL e glicose normal
- (D) Leucócitos = 10.000/ mm^3 (predomínio de polimorfonucleares), proteína 300 mg/dL e glicose < 40mg/dL.
- (E) Leucócitos = 500/ mm^3 (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. Suspender o antibiótico nesse momento e após 48 horas, proceder com nova coleta de urina por punção supra púbica.
- (C) Em lactente, com o primeiro episódio de ITU febril por germe Gram-negativo, o protocolo impõe a realização obrigatória da uretrocistografia miccional e da cintilografia renal com DMSA na fase hospitalar aguda para o rastreamento imediato de Refluxo Vesicoureteral e cicatrizes renais.
- (D) A antibioticoterapia empírica deve ocorrer com nitrofurantoína por via oral, visto que apresenta excelente penetração no parênquima renal, o *Proteus mirabilis* demonstra ótima sensibilidade ao quimioterápico e ainda permite o tratamento ambulatorial seguro.
- (E) O saco coletor plástico é alternativa para a coleta na emergência pela praticidade e menor invasão. A confirmação diagnóstica, no caso, ocorreria com o isolamento da bactéria, diante do crescimento mencionado, visto o ponto de corte ser superior a 50.000 UFC/mL.

66

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

Exame físico: consciente, discreta letargia, mucosas hiporcoradas (+/4+), PA 90x60 mmHg, FC 118 bpm, tempo de enchimento capilar 3 segundos, fígado a 3 cm do rebordo costal direito, doloroso. Exames laboratoriais: plaquetas 68.000/mm³, hematócrito 48% (basal era 38%), leucócitos 2.800/mm³, aspartato aminotransferase de 180 U/L. O NS1 - antígeno não estrutural 1 do vírus da dengue - é reagente.

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

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

67

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

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

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

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

68

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

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

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

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

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

69

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

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

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

70

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

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

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

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

71

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

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

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

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

72

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

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

Corroborar com a principal hipótese diagnóstica a presença de:

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

73

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

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

Avaliando-se essas informações, a principal hipótese diagnóstica é

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

74

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

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

Em relação ao caso, assinale a afirmativa correta.

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

75

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

A conduta correta é

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

76

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

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

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

77

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

Em relação ao tema, assinale a afirmativa correta.

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

78

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

Com relação à principal hipótese diagnóstica, é correto afirmar que

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

79

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

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

O diagnóstico mais provável é

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

80

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

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

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

Realização

