

TIPO

1

Endere

EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

EDIÇÃO 2026/2027

TARDE

ÁREA DE ATUAÇÃO

NUTROLOGIA 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!

Nutrologia

1

Paciente do sexo feminino, 78 anos, internada por fratura de fêmur. IMC de 19,8 kg/m², perda de peso involuntária de 8% em 3 meses, albumina de 2,9 g/dL e ingestão alimentar inferior a 50% das necessidades nos últimos 7 dias, cursando com redução de massa muscular em cintura escapular e panturrilha, edema de membros inferiores 1+/4+.

O diagnóstico nutrológico mais adequado é de

- (A) desnutrição leve, pois o IMC está dentro da faixa de normalidade para adultos jovens e a perda de peso é inferior a 10%.
- (B) desnutrição moderada a grave, com critérios conforme GLIM, com terapia nutricional imediata e reavaliação dos fatores de risco.
- (C) sarcopenia primária relacionada ao envelhecimento, sem necessidade de intervenção nutricional específica ou elaborada.
- (D) estado nutricional normal para a faixa etária, sendo o edema o principal achado a ser investigado, sem necessidade de maiores investigações.
- (E) desnutrição por deficiência isolada de micronutrientes (oligoelementos como minerais e vitaminas), sem comprometimento do estado proteico-energético.

2

Homem, 58 anos, diabético tipo 2 em uso de metformina, com TFG_e de 42 mL/min/1,73 m² (DRC estágio G3b), hemoglobina glicada de 8,4%, IMC de 31,2 kg/m² e proteinúria de 1,2 g/24 h. Relata dieta rica em proteína animal e uso esporádico de suplemento proteico.

A orientação nutrológica mais adequada para esse paciente é

- (A) aumentar a ingestão proteica para 1,5 g/kg/dia para preservar a massa muscular, independentemente da função renal e do grau de atividade física.
- (B) restringir proteínas para menos de 0,6 g/kg/dia com suplementação de aminoácidos essenciais para evitar desnutrição e complicações metabólicas.
- (C) manter proteínas entre 0,6 e 0,8 g/kg/dia com preferência por proteínas de alto valor biológico, com controle glicêmico com padrão alimentar de baixo índice glicêmico.
- (D) suspender metformina e iniciar dieta cetogênica para otimizar o controle glicêmico e a função renal, que deverá ser monitorada com dosagem seriada de microalbuminemia.
- (E) não há restrição proteica indicada em DRC não dialítica com diabetes do tipo 2; a ingestão deve ser de livre demanda, conforme a preferência do paciente, independentemente dos níveis de proteinúria.

3

Paciente de 34 anos, vegetariana estrita há 4 anos, cursando com parestesias, glossite intermitente e queda de cabelo. Ciclos menstruais intensos e uso irregular de suplementos. Hemoglobina de 11,2 g/dL, VCM de 99 fL e RDW aumentado. Ferritina é 12 ng/mL; vitamina B12 é 176 pg/mL; folato sérico é normal.

Assinale a interpretação nutrológica mais apropriada para a paciente.

- (A) Há deficiência isolada de ferro. VCM elevado deve ser ignorado porque ferritina baixa explica todos os achados clínicos e laboratoriais.
- (B) Há suspeita de deficiências combinadas de ferro e vitamina B12, devendo-se correlacionar dieta, perdas menstruais e exames confirmatórios antes de definir plano terapêutico.
- (C) Não há deficiência nutricional provável e nem comprovada, pois o folato normal exclui anemia por inadequação alimentar em dietas vegetarianas, sem necessidade de investigações.
- (D) A hipótese principal deve ser excesso proteico, porque queda de cabelo e parestesias são manifestações clínicas (sinais e sintomas) típicas de ingestão mais elevada de leguminosas.
- (E) Há deficiência isolada de vitamina B12, e a ferritina baixa provavelmente é representativa de um achado incidental sem relação com a queixa atual, podendo estar relacionada com o processo inflamatório sistêmico.

4

Mulher, 67 anos, obesidade grau II (IMC 37,1 kg/m²), HAS e DM2 controlados. Relata dificuldade em realizar atividades domésticas, fadiga e quedas frequentes no último ano. Força de preensão palmar de 16 kgf (percentil <10 para o sexo e idade). Densitometria óssea com Z-score de -1,8 em coluna lombar. Bioimpedância revela massa muscular esquelética apendicular (MEA) de 5,4 kg/m² (abaixo do ponto de corte).

O diagnóstico mais provável é de

- (A) desnutrição por ingestão inadequada de proteínas, sem relação com obesidade.
- (B) sarcopenia grave isolada, porque o IMC elevado exclui a possibilidade de diagnóstico de obesidade concomitante.
- (C) síndrome metabólica com sarcopenia secundária à doença crônica, sem a necessidade de avaliação da composição corporal por outros meios para diagnóstico definitivo.
- (D) obesidade sarcopênica, pela coexistência de excesso de adiposidade e baixa massa e função muscular, aumentando o risco cardiovascular e de incapacidade funcional e laboral.
- (E) dinapenia isolada, porque a baixa força muscular sem perda de massa caracteriza esse diagnóstico específico, e a massa muscular apendicular está dentro da normalidade esperada.

5

Mulher, 42 anos, IMC 36 kg/m², hipertensão arterial controlada e sedentarismo procura atendimento para tratamento da obesidade. Bioimpedância elétrica multifrequencial mostra percentual de gordura elevado, massa magra aparentemente preservada e água corporal total discretamente reduzida. Fez jejum prolongado, treino intenso na véspera e uso recente de diurético.

A interpretação e conduta mais adequada diante desse resultado é

- (A) confirmar obesidade sarcopênica, pois a bioimpedância é método diagnóstico definitivo para massa muscular em indivíduos com obesidade, independentemente do estado hídrico e nutricional.
- (B) interpretar o exame com cautela, pois alterações de hidratação podem modificar a estimativa de massa magra e gordura; correlacionar com clínica, medidas antropométricas e repetir em condições padronizadas.
- (C) desconsiderar o IMC, porque a bioimpedância substitui integralmente os critérios antropométricos na classificação diagnóstica da obesidade, independentemente da idade, do sexo e do estado nutricional no momento.
- (D) indicar cirurgia bariátrica com base no percentual de gordura corporal, porque a bioimpedância define isoladamente gravidade e prognóstico da obesidade, independentemente da idade, do sexo e do estado nutricional no momento.
- (E) prescrever restrição hídrica antes da próxima avaliação clínica nutricional, porque a menor quantidade de água corporal aumenta a precisão da estimativa de massa adiposa nos exames complementares disponíveis e previamente estabelecidos.

6

Homem, 68 anos, 5 dias de UTI por pneumonia grave, em ventilação mecânica. Com sonda nasoentérica já instalada, ele recebe nutrição enteral plena. Calorimetria indireta mostra gasto energético de repouso de 1.650 kcal/dia e quociente respiratório (QR) de 1,15. A prescrição atual fornece 2.250 kcal/dia, com alta proporção de carboidratos. O paciente apresenta hiperglicemia persistente e aumento de produção de CO₂.

Assinale a opção que apresenta a melhor interpretação e conduta para o caso.

- (A) O QR indica intolerância proteica; deve-se reduzir proteínas para menos de 0,5 g/kg/dia até normalização da glicemia.
- (B) O QR elevado confirma cetose por jejum, devendo-se suspender lipídios e aumentar a oferta de glicose e aminoácidos.
- (C) O QR acima de 1,0 é esperado em pacientes ventilados e não deve modificar a terapia nutricional empregada no decurso da internação.
- (D) O QR elevado indica predomínio de oxidação lipídica e subalimentação; deve-se aumentar a oferta calórica total às custas de maior oferta proteica.
- (E) O QR sugere superalimentação, excesso de carboidratos, devendo-se reduzir a oferta calórica para próxima ao gasto medido e reavaliar a distribuição de macronutrientes.

7

Homem, 79 anos, independente para atividades básicas, relata quedas recentes e perda de força. IMC 24 kg/m². Dinamometria mostra força de preensão palmar reduzida para sexo e idade. DEXA evidencia baixa massa magra apendicular ajustada pela altura. Não há edema ou doença aguda.

Assinale a interpretação mais adequada para o caso.

- (A) Baixa força e massa magra apendicular confirma sarcopenia, devendo-se avaliar a gravidade pela performance física e iniciar atenção nutricional e exercício.
- (B) A DEXA normalizaria o diagnóstico presuntivo, porque o IMC normal exclui sarcopenia clinicamente significativa nesse contexto apresentado no caso.
- (C) O diagnóstico é osteoporose sarcopênica, porque a DEXA avalia apenas a densidade mineral óssea e não fornece dados de massa magra com confiabilidade.
- (D) A baixa massa magra isoladamente define caquexia, mesmo sem sinais clínicos de inflamação sistêmica, doença crônica avançada ou perda ponderal involuntária.
- (E) A conduta inicial mais adequada deve ser a restrição calórico-proteica, visando a redução da sobrecarga renal clínica e fisiologicamente adaptativa do envelhecimento.

8

Paciente de 71 anos internado por acidente vascular cerebral isquêmico extenso. No 2 dia de internação, permanece sonolento, sem condições seguras de deglutição, mas hemodinamicamente estável, com trato gastrointestinal funcionante e sem sinais de obstrução ou isquemia intestinal. A conduta nutricional mais adequada é

- (A) manter apenas hidratação venosa por 7 a 10 dias; a nutrição enteral precoce aumenta mortalidade no AVC.
- (B) iniciar nutrição parenteral total, porque a disfagia neurológica é contraindicação absoluta à nutrição enteral.
- (C) adotar terapia nutricional enteral por sonda, de forma precoce, enquanto persistir impossibilidade de ingestão oral segura.
- (D) liberar dieta oral semilíquida ou pastosa, porque o risco de aspiração é menor que o risco de desnutrição clínica hospitalar.
- (E) indicar gastrostomia no segundo dia de hospitalização de forma obrigatória, porque sonda nasoentérica é contraindicada em AVC agudo.

9

Paciente de 60 anos, internado na UTI por sepse de foco pulmonar, recebe nutrição enteral contínua há 5 dias. Evolui com 5 evacuações líquidas nas 24 horas. Está em uso de antibiótico de amplo espectro, procinético e solução medicamentosa contendo sorbitol. Não há distensão abdominal importante, vômitos ou instabilidade hemodinâmica.

A melhor abordagem inicial é

- (A) reduzir proteína para menos de 0,6 g/kg/dia, pois a principal causa de diarreia enteral é excesso nitrogenado.
- (B) tratar empiricamente com loperamida em dose alta sem investigar causas infecciosas ou medicamentosas.
- (C) trocar imediatamente para fórmula elementar hiperosmolar, pois toda diarreia em UTI decorre de má absorção de proteínas intactas.
- (D) investigar causas não relacionadas à fórmula, como infecção, medicamentos e velocidade de infusão, ajustando a dieta apenas se persistirem fatores nutricionais envolvidos.
- (E) suspender definitivamente a nutrição enteral e iniciar nutrição parenteral total, pois diarreia é contraindicação absoluta à via enteral em paciente criticamente enfermos.

10

Mulher, 23 anos, com anorexia nervosa restritiva, IMC 14 kg/m², perda de 18% do peso em 4 meses e ingestão mínima nos últimos 10 dias, será internada para início de terapia nutricional enteral. Exames mostram fósforo no limite inferior, potássio discretamente reduzido e magnésio normal-baixo.

A seguinte estratégia reduz melhor o risco de síndrome de realimentação:

- (A) restringir proteína por 2 semanas, pois aminoácidos são o principal gatilho da hipofosfatemia da realimentação.
- (B) evitar qualquer carboidrato por 7 dias, pois a síndrome de realimentação ocorre apenas quando há glicose na dieta.
- (C) administrar tiamina, corrigir eletrólitos, iniciar oferta calórica baixa e progredir gradualmente com monitorização frequente de fósforo, potássio e magnésio.
- (D) iniciar dieta enteral plena imediatamente, com 35 kcal/kg/dia, pois a prioridade é recuperar peso rapidamente, em detrimento de qualquer outra situação.
- (E) iniciar nutrição parenteral total em vez de enteral, pois a via parenteral previne deslocamentos intracelulares de eletrólitos, eliminando os riscos da síndrome de realimentação.

11

Homem, 54 anos, 6 dias pós-operatório de enterectomia por isquemia mesentérica, apresenta fístula enteroatmosférica de alto débito (1.800 mL/dia), sepse controlada, íleo persistente e impossibilidade de uso seguro do trato gastrointestinal. A equipe estima que a impossibilidade de alimentação enteral adequada durará mais de 7 dias.

A conduta nutricional mais indicada é

- (A) prescrever dieta oral líquida restrita, porque a presença de fístula não interfere na absorção intestinal.
- (B) nutrição parenteral total, com monitorização metabólica e hidroeletrólítica, até que a via oral ou enteral seja viável.
- (C) manter jejum completo até fechamento espontâneo da fístula, porque qualquer terapia nutricional aumenta o débito.
- (D) utilizar apenas soro glicosado, porque a nutrição parenteral tem contraindicação relativa em pós-operatório de cirurgia abdominal.
- (E) iniciar nutrição enteral plena por sonda gástrica, independentemente do débito da fístula entérica e da presença de íleo metabólico.

12

Paciente de 70 kg, na UTI por pancreatite grave, permanece há 6 dias sem atingir metas por via enteral. A equipe da EMTN é acionada, decidindo-se por iniciar nutrição parenteral complementar. Função renal preservada, sem hipertrigliceridemia. A meta estimada é de 25 kcal/kg/dia e 1,5 g de proteína/kg/dia, a ser iniciado de forma gradual após instalação do acesso venoso central.

Assinale a prescrição mais adequada para o paciente.

- (A) 1.750 kcal/dia, 105g de aminoácidos/dia, glicose e lipídios distribuídos sem exceder limites metabólicos, eletrólitos, vitaminas e oligoelementos com controle laboratorial.
- (B) Aproximadamente 900 kcal/dia e 35g de aminoácidos/dia, glicose e lipídios no limite metabólico, sem vitaminas na primeira semana para evitar síndrome de realimentação.
- (C) Aproximadamente 3.000 kcal/dia e 200g de aminoácidos/dia, pois paciente crítico sempre exige hiperalimentação inicial, sem considerar o peso inicial e o estado metabólico basal.
- (D) Apenas solução de glicose a 10% e eletrólitos, porque lipídios intravenosos são contraindicados em qualquer pancreatite, assim como os demais macronutrientes não mencionados.
- (E) Aminoácidos isolados, somente com minerais e vitaminas, sem glicose ou lipídios, porque a oferta calórica deve ser totalmente evitada na fase inflamatória inicial do paciente crítica.

13

Homem, 63 anos, em nutrição parenteral total há 4 dias por obstrução intestinal, evolui com glicemias entre 230 e 280 mg/dL, triglicerídeos de 520 mg/dL, fósforo de 1,8 mg/dL e potássio de 3,1 mEq/L. Recebe 32 kcal/kg/dia, elevada taxa de infusão de glicose e emulsão lipídica diária.

A melhor conduta é

- (A) aumentar lipídios para reduzir glicemia, mesmo com triglicerídeos acima de 500 mg/dL.
- (B) manter a prescrição, pois essas alterações são esperadas e autolimitadas nos primeiros dias de NPT.
- (C) suspender aminoácidos e aumentar glicose para poupar proteína, associando reposição de fósforo apenas se houver sintomas.
- (D) substituir toda a nutrição parenteral por soro fisiológico por 72 horas, sem reposição eletrolítica, para evitar complicações metabólicas.
- (E) reduzir a oferta calórica e a taxa de glicose, ajustar ou suspender temporariamente lipídios conforme triglicerídeos, repor fósforo e potássio e controlar glicemia.

14

Mulher, 38 anos, peso 96 kg, altura 1,60 m, circunferência da cintura 108 cm, hipertensão arterial e pré-diabetes. Procura avaliação para estratificação de obesidade.

A classificação mais adequada pelo IMC e a interpretação clínica inicial são:

- (A) sobrepeso, porque o IMC é 27,5 kg/m²; comorbidades não modificam a classificação antropométrica.
- (B) obesidade grau I, porque o IMC é 32,0 kg/m²; circunferência abdominal não acrescenta risco cardiometabólico.
- (C) obesidade grau II, porque o IMC é 35,0 kg/m²; as comorbidades devem ser ignoradas na decisão terapêutica.
- (D) obesidade grau II, porque o IMC é 37,5 kg/m², associado a comorbidades cardiometabólicas que aumentam risco e influenciam a intensidade do tratamento.
- (E) obesidade grau III, porque qualquer IMC acima de 30 kg/m² associado a circunferência abdominal maior que 88cm e hipertensão arterial já definiria obesidade mórbida.

15

Homem, 45 anos, IMC 38 kg/m², diabetes mellitus tipo 2 há 8 anos, apneia obstrutiva do sono e esteato-hepatite metabólica. Já realizou tratamento clínico estruturado por mais de 2 anos, com perda ponderal insuficiente. Não há dependência química ativa, transtorno psiquiátrico descompensado ou contraindicação anestésica.

A análise mais adequada sobre cirurgia bariátrica/metabólica para o caso é:

- (A) a indicação depende apenas da vontade do paciente, sem necessidade de avaliação multiprofissional.
- (B) há contraindicação absoluta, porque diabetes mellitus tipo 2 aumenta risco cirúrgico e exclui benefício metabólico.
- (C) não há indicação, porque a cirurgia bariátrica só pode ser considerada em IMC ≥ 40 kg/m², sem exceções acerca.
- (D) há indicação potencial, porque IMC ≥ 35 kg/m² com comorbidades relevantes, após tratamento clínico insuficiente, permite considerar cirurgia em paciente adequadamente avaliado.
- (E) a cirurgia deve ser indicada somente se houver deficiência nutricional prévia, porque esse é o principal preditor de resposta metabólica, não carecendo de correção a níveis adequados no pré-operatório.

16

Mulher, 36 anos, 18 meses após bypass gástrico em Y-de-Roux, refere fadiga, parestesias em pés, queda de cabelo e piora da tolerância ao exercício. Hemoglobina 10,8 g/dL, ferritina 9 ng/mL, vitamina B12 baixa, 25-OH-vitamina D de 18 ng/mL, PTH elevado e cálcio sérico normal.

A conduta mais adequada é

- (A) suspender polivitamínico e reduzir proteína, porque queda de cabelo indica excesso de suplementação.
- (B) repor apenas ferro oral quelado, porque anemia ferropriva explica todos os achados neurológicos e ósseos.
- (C) indicar reversão cirúrgica imediata, porque toda deficiência nutricional após *by-pass* é refratária à reposição oral.
- (D) acompanhar sem reposição, pois deficiências após *by-pass* são esperadas e não causam repercussão clínica se o cálcio sérico estiver normal.
- (E) reposição dirigida de ferro, vitamina B12, cálcio citrato e vitamina D, investigar adesão e absorção, monitorar hemograma, ferritina, B12, 25-OH-vitamina D, cálcio e PTH.

17

Homem de 66 anos é internado com pneumonia comunitária. Relata perda de 6% do peso em 2 meses e ingestão alimentar menor que a metade do habitual na última semana. IMC 21 kg/m². Apresenta doença aguda com necessidade de internação e antibiótico venoso.

Pela ferramenta NRS-2002, assinale a interpretação mais adequada.

- (A) Não há risco nutricional, porque pneumonia não é doença relacionada a estresse metabólico.
- (B) O diagnóstico de desnutrição grave está confirmado apenas pela triagem, dispensando avaliação nutricional completa.
- (C) Há risco nutricional, porque perda ponderal, redução de ingestão e gravidade da doença compõem pontuação que indica necessidade de plano nutricional.
- (D) Não há risco nutricional, porque o IMC está acima de 20 kg/m² e a ferramenta considera apenas IMC, sem necessidade de maiores analisadores clínicos.
- (E) A NRS-2002 só pode ser aplicada em pacientes clínicos ambulatoriais e não deve ser usada na internação hospitalar, independente da presença do percentual de perda de peso relatado.

18

Mulher, 58 anos, câncer gástrico em tratamento, apresenta perda de 9% do peso em 4 meses, ingestão reduzida por náuseas e saciedade precoce, PCR elevada e redução de massa muscular em exame físico (temporal e interóssea). IMC atual 22 kg/m².

Segundo os critérios GLIM, a classificação mais adequada é de que

- (A) há desnutrição, porque existe pelo menos um critério fenotípico, associado a critério etiológico.
- (B) há apenas risco nutricional, porque inflamação exclui o diagnóstico de desnutrição pelos critérios GLIM.
- (C) há diagnóstico clínico de sarcopenia exclusivamente, porque perda de peso não é considerada critério fenotípico.
- (D) o diagnóstico depende obrigatoriamente de albumina baixa, sem a qual os critérios GLIM não podem ser aplicados.
- (E) não há desnutrição, porque o IMC é normal e os critérios GLIM exigem IMC menor que 18,5 kg/m² de forma inequívoca.

19

Homem, 49 anos com alcoolismo, IMC 16 kg/m², perda de 15% do peso em 3 meses e ingestão desprezível há 8 dias será realimentado durante internação. Fósforo de 2,1 mg/dL, potássio 3,3 mEq/L e magnésio 1,6 mg/dL.

O protocolo inicial mais apropriado para prevenir síndrome de realimentação é

- (A) aguardar 7 dias em jejum absoluto até normalização espontânea dos eletrólitos.
- (B) administrar apenas solução salina e albumina, porque calorias não são necessárias nos primeiros 10 dias.
- (C) repor tiamina antes da dieta, corrigir distúrbios eletrolíticos, iniciar de 5 a 10 kcal/kg/dia e aumentar progressivamente com monitorização clínica e laboratorial diária.
- (D) iniciar 30 a 35 kcal/kg/dia no primeiro dia, porque a desnutrição grave exige reposição calórica agressiva, associado a reposição e controle eletrolítico rigoroso.
- (E) iniciar dieta hiperlipídica e hiperproteica plena com reposição de tiamina intramuscular, porque a síndrome depende exclusivamente da oferta de aminoácidos e lipídios concomitante.

20

Mulher, 31 anos, apresenta diarreia crônica, distensão abdominal, anemia ferropriva recorrente e perda ponderal discreta. Refere irmã com doença celíaca. Está em dieta contendo glúten.

A abordagem diagnóstica inicial mais adequada é

- (A) diagnosticar doença celíaca apenas pelo quadro clínico, porque sorologia e histologia têm baixa utilidade em adultos.
- (B) solicitar anti-transglutaminase tecidual IgA e IgA total. Se positivo ou alta suspeita, confirmar com biópsia duodenal antes de retirar glúten alimentar.
- (C) solicitar IgG anti-gliadina isolado e iniciar dieta sem glúten imediatamente, dispensando confirmação adicional através dos métodos laboratoriais tradicionais.
- (D) solicitar colonoscopia como primeiro exame, porque a lesão principal da doença celíaca ocorre no cólon descendente, podendo realizar biópsia no ato do exame específico.
- (E) iniciar dieta sem lactose por 6 meses. Se houver resposta, confirma-se doença celíaca, sem necessidade de exames complementares específicos subsequentes.

21

Homem, 57 anos, com pancreatite crônica alcoólica, apresenta perda ponderal, fezes volumosas, oleosas e de odor fétido, distensão abdominal e deficiência de vitaminas lipossolúveis. Glicemia de jejum é 132 mg/dL.

Assinale a opção que melhor integra diagnóstico e tratamento para o caso.

- (A) O quadro sugere colestase pura; a terapia principal é restrição completa de gordura, sem reposição vitamínica.
- (B) O quadro sugere síndrome do intestino irritável, devendo-se evitar investigação adicional se não houver sangue nas fezes.
- (C) O quadro sugere intolerância à lactose; o diagnóstico é confirmado por colonoscopia e o tratamento é antibiótico cíclico.
- (D) O quadro sugere insuficiência pancreática exócrina; elastase fecal baixa apoia o diagnóstico, e o tratamento inclui reposição de enzimas pancreáticas nas refeições, ajuste de dose e correção de deficiências nutricionais.
- (E) O quadro sugere doença celíaca; o exame de escolha é anti-transglutaminase IgA, e o tratamento é dieta sem glúten sem necessidade de enzimas, devendo-se evitar investigação adicional se houver melhora dos sintomas com o ajuste alimentar.

22

Mulher, 62 anos, com diabetes de longa data e esclerodermia limitada, relata distensão abdominal, flatulência, diarreia intermitente e perda de peso. Vitamina B12 baixa, folato normal-alto e esteatorreia leve. Há suspeita de supercrescimento bacteriano intestinal.

Assinale a afirmativa mais adequada para o caso.

- (A) O teste respiratório é inútil em qualquer cenário, pois o único diagnóstico possível é por laparotomia com cultura intestinal.
- (B) O tratamento inicial deve ser corticoide sistêmico prolongado, porque o mecanismo principal é inflamação autoimune da mucosa intestinal.
- (C) Dismotilidade intestinal favorece estase e proliferação bacteriana; teste respiratório após substrato apropriado pode apoiar o diagnóstico; o tratamento envolve antibióticos direcionados, correção de fatores predisponentes e reposição nutricional.
- (D) SIBO causa obrigatoriamente constipação sem perda ponderal; ter diarreia e deficiência de B12 excluem o diagnóstico, não tendo a necessidade de realização de exames complementares mais específicos, otimizando assim os recursos a serem gastos.
- (E) O SIBO decorre de hipersecreção ácida gástrica e o diagnóstico muitas das vezes é preemptivo, sendo possível ser feito pela dosagem do anti-transglutaminase IgA, e o tratamento é dieta sem glúten de forma permanente, além de outras medidas direcionadas.

23

Mulher, 68 anos, institucionalizada, com pouca exposição solar, osteopenia em densitometria e uso crônico de anticonvulsivante, procura avaliação nutrológica. Nega nefrolitíase. O cálcio sérico é normal.

A conduta mais adequada para confirmar deficiência de vitamina D é

- (A) dosar 1,25-di-hidroxivitamina D, porque ela reflete melhor a reserva nutricional, e repor apenas se houver hipocalcemia associada.
- (B) dosar 25-hidroxivitamina D, por ser o melhor marcador do estoque corporal. Indicar reposição individualizada visando faixa adequada para pacientes de risco.
- (C) dosar vitamina D urinária, porque ela indica a absorção intestinal, e orientar apenas exposição solar diária de 20 minutos, sem necessidade de suplementação.
- (D) solicitar dosagem do paratormônio isoladamente, por ser suficiente para o diagnóstico da carência de vitamina D, e tratar somente se houver hiperparatireoidismo secundário.
- (E) iniciar megadose mensal indefinidamente, sem se preocupar com controle laboratorial, pois idosos institucionalizados recebem pouco sol no dia a dia e devem manter níveis acima de 100 ng/mL.

24

Homem, 42 anos, com diabetes mellitus tipo 1 há 18 anos, em esquema basal-bolus, relata episódios de hipoglicemia após o jantar quando substitui arroz por salada e mantém a mesma dose de insulina rápida. Em outros dias, consome pizza e apresenta hiperglicemia tardia.

A recomendação mais adequada é

- (A) suspender carboidratos no jantar e manter dose fixa de insulina prandial para evitar hiperglicemia pós-prandial.
- (B) tratar hipoglicemias com alimentos ricos em gordura, como chocolate, por prolongarem a absorção e prevenirem recorrência.
- (C) usar a mesma dose de insulina para refeições com igual volume alimentar, pois proteínas e gorduras não interferem na excursão glicêmica.
- (D) substituir todas as refeições por alimentos de baixo índice glicêmico, dispensando automonitorização quando a hemoglobina glicada estiver adequada.
- (E) proceder a contagem de carboidratos com ajuste da insulina prandial, considerando composição da refeição e orientar correção da hipoglicemia com carboidrato de ação rápida.

25

Homem, 39 anos, obeso, com diabetes tipo 2 mal controlado e consumo frequente de álcool, apresenta triglicerídeos de 1.480 mg/dL em jejum, HDL baixo e dor abdominal leve sem sinais de pancreatite. Amilase e lipase normais.

A melhor estratégia inicial é

- (A) indicar estatina isolada em dose moderada, porque a principal meta inicial é reduzir LDL-colesterol.
- (B) indicar niacina como primeira escolha, por ter melhor perfil de segurança e maior evidência cardiovascular nessa situação.
- (C) prescrever dieta cetogênica rica em gorduras boas, porque a restrição de carboidratos é suficiente para reduzir triglicerídeos graves.
- (D) suspender álcool, corrigir hiperglicemia, iniciar dieta muito pobre em gorduras e associar fármaco redutor de triglicerídeos, como fibrato, considerando ômega-3 em dose terapêutica.
- (E) aguardar três meses do início das mudanças de estilo de vida e alimentar antes de iniciar qualquer fármaco específico, porque pancreatite por hipertrigliceridemia só ocorre acima de 2.000 mg/dL.

26

Menino de 4 anos é levado à consulta para avaliação nutricional. Peso e estatura aferidos e plotados nas curvas da OMS. O IMC-para-idade encontra-se em escore Z +2,3, enquanto a estatura-para-idade está em escore Z -0,5.

O estado nutricional pelo IMC-para-idade é classificado como

- (A) eutrofia.
- (B) obesidade.
- (C) risco de sobrepeso.
- (D) magreza acentuada.
- (E) baixa estatura para idade.

27

Menina, 11 anos, IMC no percentil 98 para idade e sexo, acantose nigricans cervical, pai com diabetes tipo 2 e queixa de fadiga. ALT discretamente elevada e ultrassonografia sugere esteatose hepática. A família solicita uma dieta rígida apenas para a criança.

A abordagem inicial mais adequada é

- (A) prescrever dieta hipocalórica severa individual, sem envolver familiares, para obter perda ponderal rápida.
- (B) tratar como sobrepeso simples, porque esteatose hepática em criança costuma ser achado benigno sem relação com obesidade.
- (C) diagnosticar obesidade pediátrica, rastrear comorbidades cardiometabólicas e hepáticas, e propor intervenção intensiva familiar com mudanças alimentares, atividade física e redução de comportamento sedentário.
- (D) solicitar apenas nova avaliação em 12 meses, porque intervenção nutricional antes do fim da puberdade aumenta o risco de transtorno alimentar e de falha no desenvolvimento muscular, ósseo e cognitivo.
- (E) iniciar farmacoterapia antiobesidade como primeira medida em toda criança com IMC acima do percentil 95, independentemente de maturação puberal e da capacidade de adesão familiar às propostas de reeducação.

28

Lactente de 14 meses, em insegurança alimentar, chega ao pronto atendimento com emagrecimento importante, apatia, hipotermia, edema em membros inferiores, lesões descamativas em pele e cabelo hipopigmentado. Glicemia capilar é 48 mg/dL. A equipe considera desnutrição aguda grave.

A seguinte conduta está mais alinhada ao protocolo recomendado:

- (A) administrar ferro no primeiro dia para corrigir anemia e estimular crescimento ponderal precoce.
- (B) priorizar hidratação venosa rápida com grandes volumes, pois toda criança desnutrida grave está em choque hipovolêmico.
- (C) diferenciar marasmo e kwashiorkor apenas pelo peso para idade, sem considerar edema, alterações cutâneas ou laboratoriais.
- (D) tratar hipoglicemia e hipotermia, manejar infecção presumida, corrigir distúrbios eletrolíticos e iniciar alimentação terapêutica gradual, monitorando síndrome de realimentação.
- (E) iniciar dieta hiperproteica plena imediatamente para recuperar massa magra nas primeiras 24 horas, tendo a preocupação na dosagem e controle de forma seriada dos íons intracelulares

29

Adolescente de 16 anos, bailarina, apresenta perda ponderal progressiva, medo intenso de ganhar peso, restrição alimentar persistente e percepção distorcida do corpo. IMC abaixo do esperado para a idade. Há bradicardia sinusal de 44bpm e extremidades frias.

O seguinte achado aumenta a preocupação cardiológica e pode indicar necessidade de maior nível de cuidado:

- (A) hiperamilasemia salivar isolada.
- (B) prolongamento do intervalo QTc.
- (C) leucocitose neutrofílica persistente.
- (D) hipertrigliceridemia pós-prandial leve.
- (E) erosão dentária por vômitos recorrentes.

30

Mulher, 24 anos, relata episódios, três vezes por semana, em que ingere grande quantidade de alimentos com sensação de perda de controle, seguidos de vômitos autoinduzidos e uso ocasional de laxantes. IMC é 23 kg/m². Potássio de 2,9 mEq/L e amilase elevada.

Assinale a opção que apresenta a interpretação e a conduta inicial mais adequada para o caso.

- (A) Trata-se de bulimia nervosa. Deve-se corrigir distúrbios hidroeletrólíticos, avaliar risco cardíaco e iniciar abordagem multidisciplinar.
- (B) Trata-se de refluxo gastroesofágico funcional, devendo-se tratar com qualquer inibidor de bomba de prótons e liberar atividade física intensa.
- (C) Trata-se de anorexia nervosa purgativa, porque o IMC normal exclui bulimia nervosa, assim como os demais achados laboratoriais informados.
- (D) Trata-se de comportamento alimentar sem relevância médica se a hemoglobina e o IMC estiverem normais. A correção da hipocalemia pode ser oral.
- (E) Trata-se de transtorno de compulsão alimentar periódica, porque há episódios de compulsão com períodos compensatórios e por isso o peso está normal.

31

Homem, 36 anos, IMC 37 kg/m², relata episódios de compulsão alimentar pelo menos duas vezes por semana, com perda de controle, comer rapidamente e culpa intensa. Nega vômitos, laxantes, jejum prolongado ou exercício compensatório. Tem hipertensão controlada.

Assinale a opção que apresenta a melhor interpretação e o plano terapêutico para o caso.

- (A) Bulimia nervosa, pois toda compulsão alimentar com culpa exige comportamento compensatório oculto, com necessidade de internação e uso de medicamentos específicos.
- (B) Transtorno de compulsão alimentar periódica; priorizar psicoterapia estruturada, plano alimentar regular, considerando lisdexanfetamina em casos moderados a graves e selecionados.
- (C) Transtorno de compulsão alimentar periódica, sendo indicada dieta punitiva de muito baixa caloria como primeira linha para suprimir episódios, além de atividades recreativas e terapia comportamental em grupo.
- (D) Obesidade comum sem transtorno alimentar, pois a ausência de purgação exclui diagnóstico psiquiátrico, não necessitando de internação e somente orientação nutricional e de atividade física regular.
- (E) Anorexia nervosa atípica, pois a preocupação com peso é suficiente para o diagnóstico mesmo com obesidade, sendo indicado psicoterapia estruturada em grupo e avaliação quanto a medicamento nesta fase.

32

Mulher, 45 anos, IMC 32 kg/m², sem diabetes, deseja farmacoterapia para obesidade. Tem história de intolerância a dietas muito gordurosas e usa varfarina por trombofilia. O médico considera orlistate.

A respeito do uso de orlistate, assinale a afirmativa correta.

- (A) O orlistate age no sistema nervoso central, aumentando a saciedade por agonismo serotoninérgico.
- (B) O orlistate aumenta a absorção intestinal de gorduras e deve ser tomado em jejum para reduzir náuseas.
- (C) O orlistate inibe lipases gastrointestinais, pode causar esteatorreia e reduzir absorção de vitaminas lipossolúveis, exigindo atenção à suplementação e à varfarina.
- (D) O orlistate é medicamento contraindicado em qualquer paciente com hipertensão arterial controlada e merece especial atenção para os diabéticos insulino dependentes.
- (E) O principal efeito adverso é hipoglicemia grave, especialmente em pacientes sem diabetes, exigindo um controle glicêmico rigoroso, não sendo indicada a administração em horário noturno.

33

Paciente, 58 anos, IMC 35 kg/m², diabetes tipo 2 e doença cardiovascular aterosclerótica estabelecida, procura tratamento para obesidade. Nega pancreatite prévia, mas relata história familiar de carcinoma medular de tireoide em irmã.

Em relação aos agonistas do receptor de GLP-1, assinale a afirmativa mais adequada.

- (A) São contraindicados em diabetes tipo 2, pois aumentam glicemia por estimular glucagon.
- (B) Devem ser usados apenas se o paciente tiver IMC acima de 45 kg/m², sem doença cardiovascular ou renal estabelecida.
- (C) São fármacos exclusivamente lipolíticos, sem efeito em apetite ou peso corporal, sendo necessário um controle rigoroso laboratorial visando evitar sobrecarga hepática e pancreática.
- (D) Atuam aumentando a saciedade, retardando o esvaziamento gástrico e melhorando o controle glicêmico; entretanto, história pessoal ou familiar de carcinoma medular de tireoide contraindica seu uso.
- (E) Não apresentam efeitos gastrointestinais, dispensando titulação de dose ou controle laboratorial, sendo recomendado somente reeducação alimentar e ressignificação dos bons hábitos de vida.

34

Mulher, 52 anos, IMC 36 kg/m², diabetes tipo 2 com HbA1c 8,4%, hipertensão controlada com losartana, depressão em tratamento com sertralina e antecedente de taquiarritmia supraventricular. Nega carcinoma medular de tireoide familiar. Deseja tratamento farmacológico para obesidade.

Assinale a opção mais adequada como escolha inicial.

- (A) Fentermina em dose alta, por ser estimulante e compensar fadiga associada à depressão.
- (B) Bupropiona/naltrexona, por ser sempre preferível em pacientes em uso de antidepressivos serotoninérgicos.
- (C) Semaglutida ou liraglutida em dose aprovada para controle ponderal, com monitorização de tolerabilidade e mudança no estilo de vida.
- (D) Orlistate como opção, visto que o diabetes tipo 2 com HbA1c menor que 10% contraindica o uso dos fármacos incretínicos de ação prolongada.
- (E) Suspender tratamento da depressão e iniciar sibutramina, pois hipertensão controlada elimina de forma considerável o risco cardiovascular e metabólico.

35

Homem, 63 anos, será submetido a colestomia eletiva por neoplasia. Está hemodinamicamente estável, sem gastroparesia ou obstrução intestinal. A equipe cirúrgica solicita avaliação nutrológica perioperatória.

A seguinte conduta está mais alinhada aos princípios ACERTO/ERAS para o caso:

- (A) manter em dieta zero no pré-operatório e iniciar dieta após a alta da UTI.
- (B) evitar alimentação oral no pós-operatório até eliminação de flatos, independentemente da estabilidade clínica e laboratorial do paciente.
- (C) jejum absoluto de sólidos e líquidos por 24 horas antes da cirurgia, para reduzir aspiração e minimizar as alterações típicas do estresse cirúrgico (REMIT).
- (D) reduzir jejum pré-operatório, considerar bebida com carboidrato até poucas horas antes em pacientes selecionados, usar imunonutrição quando indicada e promover realimentação precoce.
- (E) nutrição parenteral de rotina por pelo menos sete dias em todos os pacientes, independentemente do risco nutricional, visando minimizar os riscos de complicação nos pós-operatório imediato, como deiscência de anastomose.

36

Mulher, 41 anos, após ressecção extensa por isquemia mesentérica, permanece com 80 cm de jejuno e cólon em continuidade. Está em nutrição parenteral domiciliar há 8 meses, com redução progressiva do débito fecal e melhora de absorção. O serviço discute estratégias para adaptação intestinal e eventual desmame da NPT.

Em relação ao caso, é correto afirmar que

- (A) dieta oral deve ser evitada na síndrome do intestino curto, porque reduz o estímulo trófico intestinal.
- (B) a fase de adaptação intestinal termina em 48 horas, de modo que não há expectativa de melhora após a alta hospitalar.
- (C) teduglutida, análogo de GLP-2, pode ser considerada em falência intestinal crônica dependente de suporte parenteral, com monitorização especializada, para reduzir necessidade de NPT em pacientes selecionados.
- (D) pacientes com cólon em continuidade têm, via de regra, menor potencial absorptivo que os pacientes com jejunostomia terminal, porque o cólon não participa da recuperação energética, somente da absorção de água e minerais.
- (E) o desmame da NPT deve ser feito quando o paciente desejar e em comum acordo com a equipe interdisciplinar, independentemente de seu estado de hidratação, distúrbios eletrolíticos, peso, balanço energético, estado nutricional e nível de sarcopenia funcional.

37

Homem, 66 anos, com câncer de pâncreas metastático, perdeu 8% do peso em 4 meses, apresenta anorexia, fadiga, PCR elevada e redução de massa muscular em tomografia. A família pergunta se basta aumentar calorias para reverter o quadro.

A melhor resposta é:

- (A) trata-se de caquexia tumoral provável. Suporte nutricional deve ser integrado ao controle de sintomas e ao plano oncológico.
- (B) trata-se de desnutrição simples por baixa ingestão alimentar, totalmente reversível com dieta especializada hipercalórica e hiperproteica.
- (C) o diagnóstico de caquexia exige perda de peso superior a 20%, independentemente do tempo decorrido entre o início da perda e o diagnóstico da doença oncológica e da massa muscular.
- (D) nutrição enteral é obrigatória em câncer avançado, mesmo quando não há benefício clínico esperado, visando diminuir o risco da síndrome de realimentação e de translocação bacteriana.
- (E) corticosteroide crônico em alta dose é tratamento curativo da caquexia e deve ser mantido indefinidamente, podendo ser associado ao uso de anabolizantes, desde que haja regularidade no treino de força por ao menos 50 min 3x por semana.

38

Homem, 55 anos, 3 semanas após transplante hepático, em uso de tacrolimus, prednisona e micofenolato, evolui com hiperglicemia pós-prandial e baixa ingestão proteica por medo de sobrecarregar o fígado transplantado. Pergunta sobre sucos de grapefruit.

A orientação mais adequada para o caso é

- (A) liberar suplementos fitoterápicos sem checar interações, porque produtos naturais não alteram imunossupressão.
- (B) priorizar recuperação nutricional com aporte proteico elevado individualizado, controlar hiperglicemia e evitar *grapefruit*/pomelo por interação com tacrolimus.
- (C) restringir a ingestão proteica para menos de 0,6 g/kg/dia durante os primeiros 3 meses para proteger o enxerto e evitar complicações metabólicas e possível rejeição do órgão transplantado.
- (D) estimular a ingestão de *grapefruit*/pomelo para aumentar os níveis séricos circulantes do imunossupresor tacrolimus e permitir ajustes futuros para doses menores, visando redução de efeitos colaterais.
- (E) suspender a ingestão de carboidratos completamente, porque o diabetes pós-transplante é sempre transitória e não requer controle laboratorial específico e nem tratamento medicamentoso direcionado.

39

Homem, 28 anos, praticante de musculação competitiva, treina força 5 vezes por semana, pesa 82 kg e deseja hipertrofia. Consome 0,9 g/kg/dia de proteína e pergunta sobre creatina. Não tem doença renal.

Al orientação mais baseada em evidências para o caso é

- (A) elevar proteína para faixa aproximada de 1,6 a 2,2 g/kg/dia, e considerar creatina monohidratada 3 a 5 g/dia, com ou sem fase de saturação.
- (B) priorizar a ingestão de aminoácidos isolados em vez de proteína complexa total diária, porque a leucina substitui o balanço energético adequado.
- (C) usar creatina apenas em ciclos de 7 dias, após completar a fase de saturação, porque o uso contínuo comprovadamente causa insuficiência renal em adultos saudáveis.
- (D) evitar a ingestão de carboidratos de auto índice glicêmico no peri-treino, porque qualquer insulina reduz a síntese proteica muscular, independente do grau de força e intensidade do treino.
- (E) manter a ingestão de proteína abaixo de 1,0 g/kg/dia, porque atletas de força não possuem uma necessidade maior que de pessoas sedentários ou que praticam atividade física recreacional.

40

Corredora de 19 anos, universitária, aumentou volume de treino para 90 km/semana e reduziu ingestão alimentar. Apresenta amenorreia há 6 meses, queda de rendimento, irritabilidade, fratura por estresse de tíbia e baixa densidade mineral óssea para idade.

Assinale a opção que apresenta a melhor interpretação e conduta inicial.

- (A) Trata-se de um quadro de deficiência de cálcio isolada. A suplementação de cálcio corrige o quadro, mesmo sem alterar a ingestão calórico energética total diária.
- (B) Trata-se de RED-S por baixa disponibilidade energética. Requer redução/ajuste temporário do treino, restauração energética e nutricional, avaliação óssea/endócrina e abordagem multidisciplinar.
- (C) Estamos diante de um quadro clássico da tríade da atleta feminina limitada ao sistema reprodutivo. Basta prescrever e orientar o uso do anticoncepcional diário e ininterrupto para normalizar a presença do sangramento.
- (D) Estamos diante de um quadro de adaptação fisiológica benigna de atletas de endurance. A amenorreia exerce um efeito protetor contra a perda óssea por reduzir a flutuação hormonal e metabólica, comumente desenvolvido.
- (E) Estamos diante de um caso de overtraining isolado. Deve-se aumentar a intensidade do treino para recuperar o condicionamento de curto a médio prazo, associado a um acompanhamento multidisciplinar e abordagem individualizada.

Pediatria

41

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

Dois desses critérios são:

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

42

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

As indicações imediatas da biópsia de linfonodo incluem

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

43

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

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

44

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

A investigação diagnóstica correta é

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

45

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

Pensando em uma possível infecção osteoarticular, é correto afirmar que

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

46

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

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

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

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

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

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

47

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

Sobre baixa estatura, assinale a afirmativa correta.

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

48

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

Sobre o melhor manejo desse paciente, é correto afirmar que

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

49

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

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

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

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

50

Menino de 4 anos chega ao pronto atendimento, levado pela mãe, com história de febre há 5 dias. A mãe refere que, no terceiro dia, surgiu vermelhidão nos olhos e rachaduras nos lábios. Posteriormente, manchas avermelhadas pelo tronco do menino. Hoje, ele acordou com uma dor aguda no peito, que piora ao deitar-se.

Apresenta-se em REG, com palidez, hiperemia conjuntival, fissura de mucosas, exantema polimorfo, adenomegalia cervical anterior de 2 cm e turgência jugular. AR: MVUA sem RA, FR 44 irpm; ACV: bulhas abafadas e presença de atrito pericárdico; FC= 132 bpm, hipotensão. ECG: elevação do segmento ST; Rx tórax: silhueta cardíaca em moringa.

A internação no CTI é solicitada por suspeita de se tratar de um provável Kawasaki que evoluiu com complicação cardiovascular.

A suspeita de tamponamento cardíaco é fortalecida pela presença dos seguintes sinais clínicos que compõem a tríade de Beck:

- (A) elevação do segmento ST + bulhas abafadas + atrito pericárdico.
- (B) hiperemia conjuntival + exantema polimorfo + adenomegalia cervical.
- (C) imagem em “moringa” no RX + hipotensão + taquicardia.
- (D) bulhas abafadas + hipotensão + pressão venosa central elevada.
- (E) dor que piora com decúbito + turgência de veia jugular + elevação do segmento ST

51

Menino, 18 meses, com diagnóstico de anemia falciforme (HbSS), é trazido à emergência com dor abdominal de início súbito e palidez importante, sem febre associada.

Ao exame, encontra-se hipocorado (3+/4+), taquicárdico e com baço palpável a 4 cm do rebordo costal esquerdo. Hemograma evidencia Hb: 3g/dL.

A hipótese diagnóstica mais provável nesse caso é

- (A) sequestro esplênico.
- (B) crise aplástica.
- (C) crise algica.
- (D) bacteremia.
- (E) infecção pelo Epstein-Barr vírus.

52

Menina, 2 anos, previamente hígida, apresenta início súbito de petéquias e púrpuras generalizadas. Apresentou infecção viral uma semana antes dos sintomas.

O exame físico está normal, exceto pelas petéquias e púrpuras disseminadas pelo corpo. Não há esplenomegalia, linfadenopatias e nem palidez. O hemograma evidencia contagem de plaquetas = 10.000/ μ L. Não há anemia e os leucócitos estão normais.

A hipótese diagnóstica mais provável é

- (A) leucemia linfoblástica aguda.
- (B) infecção por parvovírus B19.
- (C) púrpura trombocitopênica autoimune crônica.
- (D) vasculite por IgA.
- (E) púrpura trombocitopênica idiopática.

53

Lactente feminino, 6 meses, apresenta apatia e palidez cutaneomucosa há aproximadamente 2 meses. Permaneceu em aleitamento materno exclusivo até os 2 meses de vida, quando iniciou leite de vaca, pois a mãe voltou a trabalhar. Traz exames laboratoriais que evidenciam anemia e deficiência de ferro.

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) rhabdomyosarcoma.
- (D) hepatoblastoma.
- (E) teratoma.

55

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

61

Lactente, a termo, 2 meses e 10 dias de vida, é levado à Emergência pelos pais pois, há cerca de 40 minutos, após amamentado e colocado no berço, apresentou episódio súbito de "olhar parado, boca roxa, sem respirar, parecendo que havia engasgado". O pai realizou manobras de estímulo nas costas, elevou o queixo e em seguida a criança chorou. O lactente está em aleitamento materno exclusivo, é o primeiro episódio, encontra-se em bom estado geral, ativo, reativo, eupneico em ar ambiente, acianótico, bom tônus muscular e reflexos presentes, SatO₂ 99% e afebril. Exame físico sem anormalidades.

Considerando as diretrizes da Sociedade Brasileira de Pediatria para BRUE (*Brief Resolved Unexplained Event* ou Evento Breve Resolvido Não Explicado) a definição do caso e a conduta imediata são:

- (A) BRUE de Baixo Risco e observação clínica por um período de uma a quatro horas, realização de eletrocardiograma, e, se estável, alta com orientações e encaminhamento ao pediatra em até 24 horas.
- (B) BRUE de Alto Risco e internação em leito de retaguarda pediátrica para monitorização cardiorrespiratória contínua, com investigação laboratorial e de imagem expandida.
- (C) BRUE de Baixo Risco e alta com orientação, encaminhamento para polissonografia e revisão com pediatra em 48 horas, considerando estabilidade clínica e exame físico normal na admissão.
- (D) BRUE de Alto Risco e internação em unidade intensiva pediátrica, monitorização, eletrocardiograma, ecocardiograma, tomografia de crânio e rastreio infeccioso com hemograma, hemocultura e análise líquórica.
- (E) sem critérios para BRUE e internação para investigação de Doença do Refluxo Gastroesofágico, por associação temporal direta com a mamada; início de fenobarbital e investigação para crise convulsiva focal.

62

Recém-nascido (RN) a termo, adequado para a idade gestacional, cuja mãe apresentou diabetes gestacional controlado com dieta, está com 3 horas de vida no alojamento conjunto, ativo e em aleitamento materno exclusivo. Glicemia capilar = 38 mg/dL.

Considerando as diretrizes atuais da Sociedade Brasileira de Pediatria para rastreamento e conduta na hipoglicemia neonatal, a conduta imediata adequada é

- (A) ofertar fórmula infantil imediatamente para garantir aporte calórico rápido, repetir a aferição da glicemia capilar uma hora após a oferta e manter o RN no alojamento conjunto se o novo valor for maior que 45 mg/dL.
- (B) iniciar infusão endovenosa imediata de um *bolus* de glicose a 10% (2 mL/kg), seguido por uma taxa de infusão de glicose contínua de 4 a 6 mg/kg/min, devido ao risco de convulsão e lesão neurológica.
- (C) estimular amamentação ou ofertar leite materno ordenhado e reavaliar a glicemia capilar em 1 hora; se o valor estiver entre 35 e 45 mg/dL, após a mamada, considerar uso de gel de glicose a 40% ou transferir para a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.
- (D) transferir o RN para a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal para avaliação contínua, pois glicemia abaixo de 40 mg/dL nas primeiras 4 horas de vida exigem monitorização e triagem laboratorial central obrigatória.
- (E) observar o RN e repetir a glicemia capilar antes da próxima mamada (com 6 horas de vida), visto que o valor de 38 mg/dL reflete o nadir fisiológico normal do RN nas primeiras horas após o parto.

63

Recém-nascido, 35 semanas, pequeno para a idade gestacional, admitido na UTIN com 12 horas de vida, com desconforto respiratório leve e tremores finos de extremidades e glicemia capilar 28 mg/dL. Prescrita dieta zero, *bolus* de glicose a 10% (2 mL/kg) na veia periférica e hidratação venosa com taxa de infusão de glicose (TIG) de 6 mg/kg/min. Após duas reavaliações a cada 30 minutos, a glicemia capilar estava entre 34 mg/dL e 36 mg/dL, com letargia moderada e hipotonia.

Diante do quadro e conforme as diretrizes para hipoglicemia, preconizadas pela Sociedade Brasileira de Pediatria, a conduta é

- (A) realizar novo *bolus* de glicose a 10% (2 mL/kg); progredir a TIG de 6 para 15 mg/kg/min por meio de solução de glicose a 15% na via em uso, a fim de atingir rapidamente o alvo glicêmico e reavaliar a glicemia a cada 30 minutos.
- (B) coletar amostra crítica de sangue e urina antes de alterar a TIG. Realizar novo *bolus* de glicose a 10% (2 mL/kg); posteriormente elevar a TIG a 8 mg/kg/min e providenciar acesso venoso central para novas elevações da TIG, se necessárias.
- (C) manter a TIG em 6 mg/kg/min, evitando efeito rebote do hiperinsulinismo secundário; administrar glucagon via intramuscular (0,1 mg/kg) para resgate imediato; aguardar a recuperação do tônus e iniciar dieta por sonda orogástrica.
- (D) reduzir gradativamente a infusão endovenosa contínua simultaneamente à administração de gel de glicose a 40% na mucosa oral e fórmula infantil para prematuros por sonda, objetivando menor oscilação glicêmica por via digestiva.
- (E) repetir o *bolus* de glicose a 10% em volume de 4 mL/kg pela via periférica, manter a TIG em 6 mg/kg/min, avaliação glicêmica a cada 30 minutos, solicitar ultrassonografia transfontanela para avaliar hemorragia intracraniana como causa da letargia.

64

De acordo com as recomendações atuais da Sociedade Brasileira de Pediatria para fluidoterapia em crianças, o uso inicial da hidratação endovenosa de manutenção, com solução isotônica, está indicado nos seguintes casos, à exceção de um. Assinale-o.

- (A) lactente de 14 meses em pós-operatório imediato de apendicectomia sem complicações, com sódio sérico basal de 136 mEq/L.
- (B) Recém-nascido de 18 dias de vida, termo, internado por icterícia neonatal tardia em fototerapia e com baixa aceitação do seio materno.
- (C) Criança de 6 anos com meningite bacteriana aguda, apresentando vômitos e sinais clínicos de hipovolemia leve a moderada.
- (D) Escolar de 8 anos internado por crise asmática grave refratária, em uso de beta-2 agonista contínuo e corticoterapia endovenosa.
- (E) Adolescente de 13 anos com cetoacidose diabética compensada, na fase de transição para hidratação de manutenção e reintrodução de dieta.

65

Lactente, sexo masculino, 7 meses de idade, ultrassonografia morfológica fetal sem anormalidades, febril (38,8 °C), apresentou exame da urina, por cateterismo vesical, com esterase leucocitária positiva, nitrito positivo e bacterioscopia (Gram) com bacilos gram-negativos. Uma amostra foi encaminhada para cultura e prescrito cefalexina. A cultura depois revelou *Proteus mirabilis* 80.000 UFC/mL.

De acordo com as recomendações atuais da Sociedade Brasileira de Pediatria, assinale a opção correta a respeito da análise do caso e da respectiva conduta.

- (A) O *Proteus mirabilis* tem associação com fimose fisiológica e risco aumentado de alcalinização urinária, por possuir enzima urease, que hidrolisa ureia, eleva pH urinário e favorece a nefrolitíase por estruvita. A ultrassonografia de vias urinárias e renal deve ser realizada após resolução da infecção.
- (B) A contagem de colônias de 80.000 UFC/mL deve ser considerada inconclusiva por estar abaixo do ponto de corte de 100.000 UFC/mL para o método de coleta realizado. Suspender o antibiótico nesse momento e após 48 horas, proceder com nova coleta de urina por punção supra púbica.
- (C) Em lactente, com o primeiro episódio de ITU febril por germe Gram-negativo, o protocolo impõe a realização obrigatória da uretrocistografia miccional e da cintilografia renal com DMSA na fase hospitalar aguda para o rastreamento imediato de Refluxo Vesicoureteral e cicatrizes renais.
- (D) A antibioticoterapia empírica deve ocorrer com nitrofurantoína por via oral, visto que apresenta excelente penetração no parênquima renal, o *Proteus mirabilis* demonstra ótima sensibilidade ao quimioterápico e ainda permite o tratamento ambulatorial seguro.
- (E) O saco coletor plástico é alternativa para a coleta na emergência pela praticidade e menor invasão. A confirmação diagnóstica, no caso, ocorreria com o isolamento da bactéria, diante do crescimento mencionado, visto o ponto de corte ser superior a 50.000 UFC/mL.

66

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

Exame físico: consciente, discreta letargia, mucosas hiporcoradas (+/4+), PA 90×60 mmHg, FC 118 bpm, tempo de enchimento capilar 3 segundos, fígado a 3 cm do rebordo costal direito, doloroso. Exames laboratoriais: plaquetas 68.000/mm³, hematócrito 48% (basal era 38%), leucócitos 2.800/mm³, aspartato aminotransferase de 180 U/L. O NS1 - antígeno não estrutural 1 do vírus da dengue - é reagente.

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

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

67

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

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

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

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

68

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

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

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

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

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

69

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

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

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

70

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

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

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

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

71

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

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

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

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

72

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

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

Corroborar com a principal hipótese diagnóstica a presença de:

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

73

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

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

Avaliando-se essas informações, a principal hipótese diagnóstica é

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

74

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

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

Em relação ao caso, assinale a afirmativa correta.

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

75

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

A conduta correta é

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

76

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

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

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

77

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

Em relação ao tema, assinale a afirmativa correta.

- (A) A vacina contra VSR está indicada para lactentes prematuros.
- (B) O nirsemabe é uma vacina aplicada antes da sazonalidade do VSR.
- (C) O palivizumabe tem a vantagem de ser aplicado em dose única anual.
- (D) O 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

