

RESIDÊNCIA MÉDICA
Especialidades Pediátricas



Universidade de São Paulo



vencerás pela
educação



● **PROCESSO SELETIVO – EDITAL COREME/FM/Nº 03/2025** ●

Instruções

1. **Só abra este caderno quando o fiscal autorizar.**
2. Verifique se o seu nome está correto na capa deste caderno e se a folha de respostas pertence ao **grupo EPD**. Informe ao fiscal de sala eventuais divergências.
3. Durante a prova, são **vedadas** a comunicação entre candidatos e a utilização de qualquer material de consulta e de aparelhos de telecomunicação.
4. Duração da prova: **6 horas**. Cabe ao candidato controlar o tempo com base nas informações fornecidas pelo fiscal. O(A) candidato(a) poderá retirar-se da sala definitivamente apenas a partir das 16 h. Não haverá tempo adicional para preenchimento da folha de respostas.
5. O(A) candidato(a) deverá seguir as orientações estabelecidas pela FUVEST a respeito dos procedimentos adotados para a aplicação deste processo seletivo.
6. Lembre-se de que a FUVEST se reserva ao direito de efetuar procedimentos adicionais de identificação e controle do processo, visando a garantir a plena integridade do exame. Assim, durante a realização da prova, será coletada por um fiscal uma **foto** do(a) candidato(a) para fins de reconhecimento facial, para uso exclusivo da USP e da FUVEST. A imagem não será divulgada nem utilizada para quaisquer outras finalidades, nos termos da lei.
7. Após a autorização do fiscal da sala, verifique se o caderno está completo. Ele deve conter **120** questões objetivas, com 4 alternativas cada. Informe ao fiscal de sala eventuais divergências.
8. Preencha a folha de respostas com cuidado, utilizando caneta esferográfica de **tinta azul ou preta**. Essa folha **não será substituída** em caso de rasura.
9. Ao final da prova, é **obrigatória** a devolução da folha de respostas acompanhada deste caderno de questões.

Declaração

Declaro que li e estou ciente das informações que constam na capa desta prova, na folha de respostas, bem como dos avisos que foram transmitidos pelo fiscal de sala.

ASSINATURA

O(a) candidato(a) que não assinar a capa da prova será considerado(a) ausente da prova.

TABELA DE ABREVIACÕES E VALORES DE REFERÊNCIA

| <u>LISTA DE ABREVIACÕES</u> | <u>VALORES DE REFERÊNCIA (ADULTOS)</u> |
|---|--|
| AA – Ar ambiente | Sangue (bioquímica e hormônios): |
| AU – Altura Uterina | Albumina = 3,5 a 5,2 g/dL |
| AAS – Ácido Acetilsalicílico | Bilirrubina total = 0,2 a 1,1 mg/dL |
| BCF – Batimentos Cardíacos Fetais | Bilirrubina direta = 0,0 a 0,3 mg/dL |
| BEG – Bom Estado Geral | Bilirrubina indireta = 0,2 a 1,1 mg/dL |
| bpm – Batimentos por Minuto | Cálcio iônico = 1,1 a 1,4 mmol/L |
| Ca ²⁺ – Cálcio | Creatinina = 0,7 a 1,3 mg/dL |
| Cl ⁻ – Cloro | Relação albuminúria/creatinina urinária = até 30 mg/g de creatinina |
| Cr – Creatinina | Desidrogenase láctica = menor que 225 UI/L |
| DUM – Data da Última Menstruação | Ferritina: homens = 26 a 446 µg/mL |
| ECG – Eletrocardiograma | mulheres = 15 a 149 µg/mL |
| FA – Fosfatase Alcalina | Ferro sérico: homens = 65 a 175 µg/dL |
| FC – Frequência Cardíaca | mulheres = 50 a 170 µg/dL |
| FR – Frequência Respiratória | Fósforo = 2,5 a 4,5 mg/dL |
| FSH – Hormônio Folículo Estimulante | Globulina = 1,7 a 3,5 g/dL |
| GGT – Gamaglutamiltransferase | LDL = desejável de 100 a 129 mg/dL |
| HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica | HDL = desejável maior que 40 mg/dL |
| HCO ₃ ⁻ – Bicarbonato | Triglicérides = desejável de 100 a 129 mg/dL |
| Hb – Hemoglobina | Glicemia em jejum = 75 a 99 mg/dL |
| Ht – Hematócrito | Magnésio = 1,6 a 2,6 mg/dL |
| IAM – Infarto Agudo do Miocárdio | Potássio = 3,5 a 5,1 mEq/L |
| IC _{95%} – Intervalo de Confiança de 95% | Proteína total = 6,5 a 8,1 g/dL |
| IMC – Índice de Massa Corpórea | PSA = menor que 4 ng/mL |
| irpm – Incursões Respiratórias por Minuto | Sódio = 136 a 145 mEq/L |
| IST – Infecção Sexualmente Transmissível | TSH (de 20 a 60 anos) = 0,45 a 4,5 mUI/mL |
| K ⁺ – Potássio | T4 Livre = 0,9 a 1,8 ng/dL |
| LH – Hormônio Luteinizante | PTH = 10 a 65 pg/mL |
| mEq – Miliequivalente | Testosterona livre: homens = 131 a 640 pmol/L |
| Mg ²⁺ – Magnésio | mulheres = 2,4 a 37,0 pmol/L |
| mmHg – Milímetros de Mercúrio | Estradiol: fase folicular = 1,2 a 23,3 ng/dL |
| MMII – Membros Inferiores | pico ovulatório = 4,1 a 39,8 ng/dL |
| MMSS – Membros Superiores | fase lútea = 2,2 a 34,1 ng/dL |
| MV – Murmúrios Vesiculares | menopausa = até 5,5 ng/dL |
| Na ⁺ – Sódio | LH: fase folicular = até 12 UI/L |
| PA – Pressão Arterial | pico ovulatório = 15 a 100 UI/L |
| pCO ₂ – Pressão Parcial de Gás Carbônico | fase lútea = até 15 UI/L |
| PEEP – Pressão Expiratória Final Positiva | menopausa = acima de 15 UI/L |
| PEP – Profilaxia Pós-Exposição | FSH: fase folicular = até 12 UI/L |
| PrEP – Profilaxia Pré-Exposição | pico ovulatório = 12 a 25 UI/L |
| pO ₂ – Pressão Parcial de Oxigênio | fase lútea = até 12 UI/L |
| POCUS – Ultrassom <i>point-of-care</i> | menopausa = acima de 30 UI/L |
| PS – Pronto-Socorro | Prolactina = até 29 µg/L (não gestante) |
| PSA – Antígeno Prostático Específico | Proteína C Reativa (PCR) = 0,3 a 1,0 mg/dL |
| REG – Regular Estado Geral | Amilase = 28 a 100 UI/L |
| RN – Recém-nascido | Lipase = inferior a 60 UI/L |
| SpO ₂ – Saturação Percutânea de Oxigênio | Ureia = 10 a 50 mg/dL |
| TGO/AST – Transaminase Oxalacética/Aspartato | GGT: homens: 12 a 73 UI/L |
| Aminotransferase | mulheres = 8 a 41 UI/L |
| TGP/ALT – Transaminase Piruvática/Alanina | Fosfatase alcalina: homens = 40 a 129 UI/L |
| Aminotransferase | mulheres = 35 a 104 UI/L |
| TSH – Hormônio Tireo-Estimulante | Antígeno Carcinoembrionário (CEA) = até 5 ng/mL (não fumantes) |
| UI – Unidades Internacionais | até 10 ng/mL (fumantes) |
| Ur – Ureia | Índice Líquido Amniótico (ILA) = 8 a 18 cm |
| UBS – Unidade Básica de Saúde | Vitamina D = > 20 ng/mL |
| USG – Ultrassonografia | Sangue (hemograma e coagulograma): |
| UTI – Unidade de Terapia Intensiva | Hemoglobina = 11,7 a 14,9 g/dL |
| VALORES DE REFERÊNCIA PARA GASOMETRIA ARTERIAL | |
| pH = 7,35 a 7,45 | Hemoglobina glicada = 4,3 a 6,1% |
| pO ₂ = 80 a 100 mmHg | Conc. hemoglobina corpuscular média (CHCM) = 32 a 36 g/dL |
| pCO ₂ = 35 a 45 mmHg | Hemoglobina corpuscular média (HCM) = 27 a 32 pg |
| Base Excess (BE) = -2 a 2 | Volume corpuscular médio (VCM) = 80 a 100 fL |
| HCO ₃ ⁻ = 22 a 28 mEq/L | Amplitude de distribuição dos glóbulos vermelhos (RDW) = 11 a 14% |
| SpO ₂ > 95% | Leucócitos = 3.400 a 8.300/mm ³ |
| VALORES DE REFERÊNCIA DE Hb PARA CRIANÇAS | |
| Recém-Nascido = 15 a 19 g/dL | Neutrófilos = 1.500 a 5.000/mm ³ |
| 2 a 6 meses = 9,5 a 13,5 g/dL | Eosinófilos = 20 a 420/mm ³ |
| 6 meses a 2 anos = 11 a 14 g/dL | Basófilos = 10 a 80/mm ³ |
| 2 a 6 anos = 12 a 14 g/dL | Linfócitos = 1.000 a 3.000/mm ³ |
| 6 a 12 anos = 12 a 15 g/dL | Monócitos = 220 a 730/mm ³ |
| | Segmentados = 1.500 a 5.000/mm ³ |
| | Bastonetes = até 829/mm ³ |
| | Plaquetas = 150.000 a 340.000/mm ³ |
| | Tempo de Protrombina (TP) = INR entre 1,0 e 1,4; Atividade 70 a 100% |
| | Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada (TTPA) R = até 1,2 |
| | Tempo de Trombina (TT) = 14 a 19 segundos |

01

Assinale a alternativa correta sobre trajetória da doença.

- (A) A trajetória da doença é completamente previsível e igual para todos os pacientes com a mesma condição.
- (B) A trajetória da doença é influenciada por múltiplos fatores, incluindo a fisiopatologia, estado de saúde prévio e recursos disponíveis.
- (C) A trajetória da doença depende exclusivamente do tratamento recebido pelo paciente.
- (D) A trajetória da doença pode ser facilmente prevista, sem a necessidade de individualização, através das curvas de trajetória das doenças.

**02**

Assinale a alternativa correta sobre os modelos formais de comunicação nos cuidados paliativos.

- (A) O modelo "ask, tell, ask" sugere que os clínicos forneçam todas as informações de uma só vez, sem consultar o paciente.
- (B) A comunicação em cuidados paliativos segue um plano fixo, sem necessidade de adaptação às necessidades individuais do paciente e da família.
- (C) O modelo SPIKES recomenda que as percepções e desejos do paciente sejam a base para toda a comunicação.
- (D) O modelo SPIKES sugere que os clínicos devem fornecer informações primeiro, antes de avaliar as percepções e os desejos do paciente.

**03**

Assinale a alternativa correta sobre a percepção da dor em crianças.

- (A) Os recém-nascidos podem sentir tanta dor quanto os adultos e até mesmo mais, apesar de seu sistema nervoso ser imaturo.
- (B) Os recém-nascidos tem o limiar de dor maior que os adultos.
- (C) As crianças têm o sistema nervoso parcialmente maduro e, por essa razão, sentem menos dor que os adultos.
- (D) Se uma criança mostra estar distraída, isso significa que ela não está sentindo dor.

**04**

Com relação à experiência da dor nos pacientes pediátricos que recebem cuidados paliativos, assinale a alternativa correta.

- (A) Pacientes pediátricos que recebem cuidados paliativos mantêm uma sensação normal de invulnerabilidade e imortalidade.
- (B) O desenvolvimento cognitivo dos pacientes pediátricos em cuidados paliativos não é afetado pela situação de saúde.
- (C) A dor em pacientes pediátricos que recebem cuidados paliativos pode estar associada à ansiedade, problemas de sono e dificuldades de socialização.
- (D) A dor nos pacientes pediátricos em cuidados paliativos é um elemento isolado e não se relaciona com outros aspectos de sua saúde.

05

Assinale a alternativa que apresenta uma consequência possível do subtratamento da dor em crianças pequenas, especialmente em contexto repetitivo, como em UTIs neonatais.

- (A) Tolerância aos opioides.
- (B) Falta de desenvolvimento de conexões talâmicas.
- (C) Reações vaso vagais benignas.
- (D) Alteração duradoura no limiar da dor e comportamento.

**06**

Menino, 14 anos de idade, foi diagnosticado com lúpus eritematoso sistêmico juvenil há 2 anos, com comprometimento predominantemente renal, com biópsia classe IV. Recebeu tratamento inicial com tripla imunossupressão, (corticoterapia, micofenolato mofetil e belimumabe), com melhora parcial do quadro. Há cerca de 3 meses, tem evoluído com piora progressiva dos parâmetros renais.

- Exames laboratoriais:
Hb: 10,6 g/dL
Leucócitos: 7.340/mm³, com 52% de neutrófilos e 34% de linfócitos
Plaquetas: 141.000/mm³
PCR: 15 mg/L
Ur: 67 mg/dL
Cr: 1,6 mg/dL

Sedimento urinário com 89.000 hemácias/mL e relação proteína/creatinina urinária de 2,3 (última dosagem, há 3 meses, era de 1,6). Adicionalmente, apresentou anti-DNA negativo e frações C3 e C4 do complemento normais. Em relação ao caso descrito, pode-se afirmar:

- (A) O anti-DNA negativo e as frações C3 e C4 do complemento normais excluem a possibilidade de nefrite lúpica em atividade.
- (B) A repetição da biópsia renal pode diferenciar entre atividade e cronicidade renal, assim como afastar microangiopatia trombótica.
- (C) Deve-se dosar os anticorpos antifosfolípides, que poderiam justificar as alterações renais e hematológicas, e iniciar anticoagulação profilática.
- (D) O fato do paciente apresentar bicitopenia alerta para a possibilidade de síndrome de ativação macrofágica com comprometimento renal.

**07**

Na dermatomiosite juvenil, é considerado como fator de mau prognóstico a

- (A) capilaroscopia periungueal com padrão esclerodérmico (SD).
- (B) vasculite cutânea associada ao comprometimento intestinal.
- (C) presença de positividade para anticorpos anti-Mi2.
- (D) idade de início da doença antes dos 7 anos de vida.

Texto para as questões de 08 a 10

Durante o plantão em uma UPA em Santos, você atende um menino de 5 anos de idade, pesando 18 kg, com história de, há 10 dias, ter apresentado febre baixa, inapetência alimentar, dor abdominal difusa e leve, evacuações líquidas 3 a 4 vezes ao dia, sem produtos patológicos e náuseas, que melhoraram após 2 a 3 dias de sintomas, segundo a mãe. Evoluiu bem no período, mas há 3 dias passou a apresentar icterícia em escleras, evoluindo com acolia e colúria há 2 dias. Hoje, a mãe procurou a UPA, pois além de piora da icterícia, de persistência da acolia e da colúria, notou que a criança está alternando períodos de sonolência diurna excessiva com irritabilidade e choro, fora do seu comportamento habitual. Nega antecedentes patológicos ou atraso do neurodesenvolvimento, nega uso de medicamentos recentemente, nega história familiar de comorbidades. A mãe diz que perdeu a caderneta de vacinas da criança poucas semanas antes dela completar 1 ano de idade, e que está desatualizada desde então. Ao exame físico, o paciente apresenta-se em REG, pálido, hipocorado +2/4 icterícia em escleras e pele +3/4, sem lesões de pele, ECG 12 (3 abre os olhos ao comando verbal; 3 desorientado; 5 localiza a dor), hepatomegalia com fígado palpável a 4 cm do RCD, fibroelástico e superfície lisa, baço não palpável, sem outras alterações ao exame físico. Você monitora o paciente, realiza os primeiros os cuidados na sala de emergência, solicita a coleta de exames laboratoriais, que retornam com os seguintes resultados:

Bilirrubina total: 20 mg/L

Bilirrubina direta: 12 mg/dL

Bilirrubina indireta: 8 mg/dL

TGP/ALT: 2.420 U/L

TGO/AST: 1.980 U/L

GGT: 98 U/L

FA: 120 U/L

CPK: 350 U/L

Cr: 0,7 mg/dL

Ur: 38 mg/dL

TP: 40 seg

INR: 2,8

Hb: 8 g/dL

Glóbulos brancos: 18.000/mm³ (neutrófilos: 8% leucócitos: 75% monócitos: 12% eosinófilos: 3% basófilos: 2%)

Plaquetas: 90.000/mm³

Proteína C Reativa: 120 mg/dL

Urina tipo 1: sem alterações

08

Diane do quadro e dos exames realizados, assinale a alternativa que apresenta os únicos exames com resultados que sugerem gravidade clínica neste momento, e também indicam uma conduta clínica imediata.

(A) TP 40 seg e INR 2,8.

(B) Hb 8 g/dL e plaquetas 90.000/mm³.

(C) Glóbulos brancos 18.000/mm³ e PCR 120 mg/dL.

(D) TGP/ALT 2.420 U/L, TGO/AST 1.980 U/L, CPK 350 U/L, Cr 0,7 mg/dL e Ur 38 mg/dL.

09

Diane do quadro e dos exames apresentados inicialmente, você tomou a medida clínica mais importante a ser realizada naquele momento, tendo repetido exames de controle após 12 horas e solicitado transferência a um hospital terciário, que estava prevista para cerca de 12 a 24 horas dos exames de controles coletados. Assinale a alternativa que indica corretamente qual medida foi tomada, um possível resultado para os exames de controle solicitados posteriormente e quais eventuais modificações na conduta se fizeram necessárias neste momento.

- (A) Transfusão de concentrado de hemácias e plaquetas via endovenosa; Hb 10 g/dL e plaquetas 110.000/mm³; nenhuma medida a ser tomada no momento, além de suporte clínico até a transferência.
- (B) Administração de vitamina K parenteral; INR 3,2; modificar a solicitação de transferência para um centro de transplante hepático pediátrico e medidas de suporte clínico.
- (C) Hiperidratação; TGP/ALT de 2.580 U/L, TGO/AST de 2.105 U/L, CPK de 400 U/L, Cr de 0,6 mg/dL Ur de 37 mg/dL; modificar a solicitação de transferência para um centro de referência com diálise e medidas de suporte clínico.
- (D) Iniciar ceftriaxona e metronidazol via endovenosa; glóbulos brancos 24.500/mm³ e Proteína C reativa 115 mg/dL; ampliar o esquema de tratamento antimicrobiano com meropenem e vancomicina, mantendo o metronidazol, além de suporte clínico até a transferência.

10

Considerando o caso clínico, a faixa etária do paciente e a epidemiologia da principal hipótese diagnóstica em questão, assinale a alternativa que apresenta uma provável etiologia para esta hipótese diagnóstica.

- (A) Hepatite A.
- (B) Herpes vírus.
- (C) Febre amarela.
- (D) Leptospirose.

11

Com relação ao uso de opioides no manejo da dor em pediatria, assinale a alternativa correta.

- (A) O uso de tramadol em recém-nascidos é a primeira escolha para o tratamento da dor em osteogênese imperfecta.
- (B) Codeína é amplamente recomendada para uso em crianças devido à sua segurança em doses convencionais.
- (C) Pequenas doses de opioides “fortes” podem ter a mesma potência analgésica que grandes doses de opioides “fracos”.
- (D) Opioides não atuam no sistema nervoso central e não se ligam a receptores específicos no corpo.

12

Em relação à marcha atópica, assinale a alternativa correta.

- (A) A ausência da dermatite atópica afasta a evolução para alergia alimentar.
- (B) A migração dos queratinócitos promove a evolução para asma e rinite.
- (C) A introdução precoce de leite e ovo previne a marcha atópica.
- (D) Fatores ambientais e da microbiota interferem nessa evolução.

15

Menina, 3 anos de idade, apresentou quadro de monoartrite crônica em joelho direito. Após afastados os diagnósticos diferenciais, a paciente foi diagnosticada com artrite idiopática juvenil. Inicialmente optou-se por infiltração intra-articular com triancinolona, porém a família recusou o procedimento, sendo então, iniciado metotrexato 0,5 mg/kg/semana. A paciente apresentou excelente resposta ao tratamento, entrando em remissão da doença após 2 meses do início do medicamento. Após 1 ano de seguimento, a paciente passou em avaliação de rotina com o oftalmologista, que identificou a presença de uveíte anterior no olho esquerdo. Com base no caso descrito, assinale a alternativa correta.

- (A) Deve-se iniciar o medicamento imunobiológico anti-IL6, dada a falha do comprometimento ocular com o uso do metotrexato.
- (B) Deve-se trocar o metotrexato por ciclofosfamida pelo risco de a paciente evoluir precocemente com perda da acuidade visual.
- (C) A causa da uveíte é possivelmente infecciosa, pois a paciente está sem atividade articular e faz uso de medicamento imunossupressor.
- (D) Pode-se iniciar corticosteroide tópico, associado a colírio midriático, como primeira linha de tratamento.

13

Menina, 11 anos de idade, iniciou queixa de febre intermitente, associado a indisposição e inapetência há 3 meses. Passou em diversos serviços de saúde, sem definição diagnóstica. Há cerca de um mês, começou com queixa progressiva de dor em panturrilhas ao deambular maiores distâncias. Há 15 dias, refere dor abdominal intensa pós-prandial. Há um dia, compareceu no pronto-socorro com sintomas de hemiparesia à direita e afasia. Ao exame físico, além dos sintomas neurológicos, chamava atenção à hipertensão arterial (PA de 150×90 mmHg), abdome resistente à palpação e redução de pulsos em membros inferiores.

• Exames laboratoriais:

Hb: 10,9 g/dL
Leucócitos: 16.900/mm³ com 68% neutrófilos
Plaquetas: 583.000/mm³
PCR: 79 mg/L
VHS: 87 mm/1ªh
Ur: 38 mg/dL
Cr: 0,73 mg/dL

Sedimento urinário com 28.000 hemácias/mL, sem proteinúria. Frente aos dados apresentados, qual o diagnóstico mais provável e o(s) exame(s) que comprovariam essa suspeita?

- (A) Lúpus eritematoso sistêmico; FAN, anti-DNA e biópsia renal.
- (B) Poliarterite nodosa; angiorressonância de sistema nervoso central.
- (C) Arterite de Takayasu; angiotomografia de aorta total e seus ramos.
- (D) Doença inflamatória intestinal; endoscopia e colonoscopia.

14

Menino, 36 meses de vida, apresenta sibilância recorrente, com mais de três episódios nos últimos seis meses. O pediatra considera iniciar tratamento farmacológico para controle dos sintomas. Qual é a recomendação terapêutica mais apropriada?

- (A) Prescrever β2-agonista de longa duração como monoterapia.
- (B) Utilizar corticosteroide oral de forma contínua para prevenção.
- (C) Iniciar corticosteroide inalatório contínuo como primeira escolha.
- (D) Iniciar corticosteroide inalatório intermitente + β2-agonista de longa duração como primeira escolha.

16

Em relação à Osteomielite Não-bacteriana Crônica (CNO), pode-se afirmar:

- (A) Trata-se de uma síndrome autoinflamatória relacionada à presença de mutação no gene NLRP3.
- (B) A identificação de agentes como *Cutibacterium acnes* e *Propionibacteriaceae* na biópsia óssea exclui o diagnóstico de CNO.
- (C) Dada a natureza inflamatória da CNO, não se justifica o uso de bifosfonatos em sua terapêutica.
- (D) Causa lesões que afetam predominantemente a região das metáfises de ossos longos, clavícula, mandíbula e ossos da bacia.

17

Em relação aos agonistas β2-adrenérgicos utilizados no manejo da asma e outras doenças pulmonares, assinale a alternativa correta.

- (A) A terbutalina possui alta seletividade pelos receptores β2 sendo indicada em pacientes com risco cardiovascular elevado.
- (B) Os broncodilatadores β2 de curta duração reduzem o risco de dessensibilização dos receptores, o que permite seu uso contínuo e isolado.
- (C) O salmeterol é um agonista β2 de longa duração com início de ação comparável ao salbutamol, sendo indicado como medicação de resgate nas exacerbações.
- (D) O formoterol, por ter início de ação rápido e efeito prolongado, pode ser utilizado na manutenção e no alívio, associado a corticosteroide inalatório.

18

Lactente de sete meses apresentou urticária e vômitos intensos minutos após a ingestão de fórmula contendo leite de vaca. Foi levado ao pronto atendimento, onde recebeu adrenalina, anti-histamínico e corticosteroide, com resolução do quadro. A dosagem de IgE específica para caseína foi positiva, e os pais estão preocupados com novas reações. Considerando a forma de apresentação clínica e os exames, assinale a alternativa que apresenta a conduta mais adequada.

- (A) Restrição do leite de vaca e prescrever adrenalina autoinjetável para situações de risco.
 - (B) Introdução gradual de leite de vaca sob supervisão domiciliar.
 - (C) Prescrição de fórmula parcialmente hidrolisada e acompanhamento ambulatorial.
 - (D) Realizar teste de provação oral em ambiente hospitalar para avaliar possível tolerância.
- 

19

Menina, 9 anos de idade, foi encaminhada para atendimento devido a um histórico de fadiga crônica, baixa estatura, distensão abdominal e fezes pastosas. Exames laboratoriais revelaram anemia ferropriva resistente à suplementação, além de uma leve elevação de transaminases. A sorologia revelou anticorpos anti-transglutaminase tecidual (anti-tTG) fortemente positivos. Os anticorpos anti-endomísio (EMA) também foram detectados. Foi realizada endoscopia digestiva alta com biópsia de intestino delgado, que mostrou atrofia vilositária moderada acentuada (classificação de Marsh 3b). Após a introdução da dieta isenta de glúten, a paciente apresentou melhora significativa nos sintomas e normalização da sorologia e dos exames laboratoriais em 6 meses. Com relação à abordagem e manejo do caso apresentado, assinale a alternativa INCORRETA.

- (A) Mesmo após a normalização clínica e sorológica, uma biópsia de controle é indicada para confirmar a recuperação histológica do intestino delgado.
 - (B) A confirmação diagnóstica da doença celíaca requer a presença de anticorpos anti-tTG e EMA positivos e estudo anátomo patológico com classificação March 2 ou 3.
 - (C) A elevação das transaminases pode estar associada à doença celíaca, e tende a normalizar após a adoção de uma dieta sem glúten.
 - (D) A adoção estrita de uma dieta sem glúten é essencial para a prevenção de complicações como subnutrição, baixa estatura osteoporose, infertilidade e linfoma.
- 

20

As alterações hematológicas da síndrome hemolítico-urêmica secundária à gastroenterite por *Escherichia coli*, são:

- (A) Anemia normocítica, reticulócitos aumentados, Coombs direto negativo, plaquetopenia.
- (B) Anemia normocítica, reticulócitos diminuídos, Coombs direto positivo, plaquetopenia.
- (C) Anemia microcítica, reticulócitos diminuídos, Coombs direto positivo, plaquetopenia.
- (D) Anemia microcítica, reticulócitos aumentados, Coombs direto negativo, plaquetopenia.

21

A síndrome nefrítica em crianças é uma condição clínica caracterizada por um conjunto de sintomas decorrentes da inflamação glomerular. É crucial reconhecer os sintomas e sinais de alerta precocemente para tratar a condição de forma eficaz e prevenir complicações. Assinale a alternativa correta em relação aos principais sintomas na síndrome nefrítica.

- (A) A presença de sangue na urina é uma característica da síndrome nefrítica e, geralmente, o dimorfismo eritrocitário é ausente nestes casos.
 - (B) Oligúria é um sinal de alerta significativo, porém não indica comprometimento da função renal.
 - (C) A pressão arterial elevada é comumente observada em crianças com síndrome nefrítica, podendo ser grave e exigir atenção médica imediata.
 - (D) Edema generalizado é um sintoma comum devido à hipoalbuminemia.
- 

22

A detecção e o tratamento precoces da hipertensão arterial em crianças são cruciais para mitigar os riscos à saúde cardiovascular a longo prazo. Pesquisas indicam que a hipertensão arterial infantil é um preditor significativo de hipertensão e Doenças Cardiovasculares (DCV) na idade adulta, enfatizando a necessidade de intervenção oportuna. Assinale a alternativa correta.

- (A) A hipertensão arterial na infância frequentemente não tem causa etiológica conhecida e, geralmente, não tem repercussão cardiovascular.
 - (B) A pressão arterial elevada durante a infância pode levar a alterações cardiovasculares subclínicas precoces, como hipertrofia ventricular esquerda e aumento da espessura médio-intimal da carótida.
 - (C) As modificações no estilo de vida, incluindo alimentação saudável e atividade física, são intervenções secundárias, sendo a intervenção farmacológica a primeira linha de tratamento.
 - (D) Normalizar a pressão arterial antes da idade adulta não oferece impacto sobre a remodelação do músculo cardíaco.
- 

23

Adolescente, 14 anos de idade, sexo feminino, comparece à consulta com queixa de fraqueza e falta de apetite. A mãe relata que se tornou adepta da comida crua (crudivorismo / raw food) e não ingere nenhum tipo de alimento de origem animal há 1 ano. Há dois meses, iniciou queixa de cansaço fácil, perda do apetite e sensibilidade à luz. Ao exame físico, apresenta peso de 39 kg e altura de 155 cm (IMC de 16,2 kg/m²), emagrecida, hipocorada +/4; apresenta discreta fotofobia e nistagmo ocular, além de queilite angular. FC de 100 bpm, SpO₂ de 96% em AA, PA de 110×68 mmHg, auscultas cardíaca e pulmonar normais, FR de 40 irpm. A hipótese diagnóstica mais provável é de deficiência de

- (A) zinco, cobre e pelagra.
- (B) zinco, selênio e niacina.
- (C) vitamina A e xerofthalmia.
- (D) vitaminas do complexo B e ferro.

24

Menino, 13 anos de idade, apresenta obesidade grave ($IMC > P99$), com acantose nigricans moderada e hipertensão limítrofe. Já realizou intervenção intensiva no estilo de vida (dietoterapia e atividade física supervisionada) por 12 meses, sem resposta clínica significativa. Exames de glicemia de jejum e $HbA1c$ normais, perfil lipídico alterado (TG elevados, HDL baixo), Insulina de jejum: 35 $\mu\text{U}/\text{mL}$ e TGP discretamente aumentada. Com base no caso apresentado, assinale a alternativa correta.

- (A) Intensificar, exclusivamente, medidas de estilo de vida, já que não há alteração glicêmica e os medicamentos não são indicados nesta faixa etária.
 - (B) Indicar cirurgia bariátrica de imediato, por se tratar de obesidade grave refratária.
 - (C) Considerar o uso de análogos de GLP-1 (liraglutida ou semaglutida, aprovados para ≥ 12 anos no Brasil), sempre em associação à intervenção no estilo de vida, quando esta, isoladamente, não for suficiente.
 - (D) Prescrever metformina e anti-hipertensivo para melhora metabólica e proteção cardiovascular, associada à mudança no estilo de vida.
- 

25

Recém-nascido, sexo masculino, 18 dias de vida, nascido a termo, parto vaginal sem intercorrências, apresenta rastreamento neonatal com TSH 38 mUI/L (valor de referência: até 10). Nova coleta sérica, no 15º dia de vida, confirma TSH 45 mUI/L e T4 livre 0,6 ng/dL (VR: 0,9 a 1,7). O paciente encontra-se assintomático, com crescimento e ganho ponderal adequado, sem icterícia prolongada. Mãe eutireoidea, sem história familiar de doença tireoidiana. Diante desse quadro descrito, assinale a alternativa que apresenta a conduta mais apropriada.

- (A) Solicitar ultrassonografia de tireoide e repetir a dosagem hormonal em 2 semanas, evitando tratamento desnecessário em casos transitórios.
 - (B) Realizar cintilografia de tireoide com tecnécio ou iodo antes de iniciar levotiroxina, para não perder a oportunidade diagnóstica da etiologia.
 - (C) Observar clinicamente e repetir exames somente se houver sinais de hipotireoidismo, visto que o paciente está assintomático.
 - (D) Iniciar levotiroxina imediatamente e, após estabilização, considerar investigação etiológica com exames de imagem.
- 

26

Paciente, 8 anos de idade, previamente hígido, apresenta quadro de dor abdominal intensa, com massa abdominal palpável e aumento de DHL. A biópsia confirma Linfoma de Burkitt. Qual complicaçāo é a mais esperada no início do tratamento?

- (A) Síndrome de lise tumoral.
- (B) Coagulação intravascular disseminada.
- (C) Hiponatremia dilucional.
- (D) Síndrome de veia cava superior.

27

Pré-escolar de 4 anos de idade, com queixa de ganho excessivo de peso (10 kg em um ano), apresenta broncoespasmo com uso recorrente de salbutamol inalatório e prednisolona via oral, cansaço fácil, sono agitado com roncos e sonolência diurna. Ao exame físico, apresenta peso de 32 kg, altura de 110 cm ($IMC/I +7,1$), PA de 120×88 mmHg, está sonolento, com presença de acantose cervical, giba, estrias violáceas em abdome, teleangiectasias em face e fáscies de lua cheia.

- Exames laboratoriais:

Colesterol total: 230 mg/dL
HDL: 3 mg/dL
LDL: 175 mg/dL
VLDL: 20 mg/dL
Triglicérides: 92 mg/dL
TGO/ALT: 90 U/L
TGP/AST: 65 U/L
GGT: 48 U/L
Glicemia: 95 mg/dL
Insulina: 32 mg/dL

USG de abdome com esteatose hepática; idade óssea 6 anos e 5 meses. Com base no caso apresentado, assinale a alternativa INCORRETA.

- (A) O paciente apresenta critérios para síndrome metabólica, com indicação de tratamento medicamentoso, para reversão do quadro.
 - (B) O paciente é portador de obesidade severa, e faz-se necessário descartar a possibilidade de uma causa primária (Síndrome de Cushing).
 - (C) O paciente apresenta sintomas de apneia obstrutiva do sono, com risco de desenvolver Síndrome de Pickwick.
 - (D) A orientação dietética inicial deve ser de uma dieta adequada para a idade, com restrição de carboidratos simples, sal e gordura saturada.
- 

28

Recém-nascido de 15 dias de vida, com sexo de registro masculino, é levado ao pronto-socorro por vômitos, recusa alimentar e perda ponderal de 12% desde a alta hospitalar. Ao exame físico, apresenta-se desidratado, hipocorado e com mucosas secas. Genitália externa com falus de 1 cm, meato uretral proximal, ausência de gônadas palpáveis.

- Exames laboratoriais de urgência:

Na^+ : 124 mEq/L
 K^+ : 6,8 mEq/L
Glicemia: 58 mg/dL

Assinale a alternativa que apresenta o diagnóstico mais provável.

- (A) Hiperplasia adrenal congênita por deficiência de 11β -hidroxilase.
- (B) Hiperplasia adrenal congênita clássica perdedora de sal por deficiência de 21-hidroxilase.
- (C) Hiperplasia adrenal congênita não clássica.
- (D) Tumor adrenal virilizante.

29

Menino, 10 meses de vida, com 3 episódios de otites com supuração e uso de antibióticos recorrentes, bronquiolite pelo VSR aos 8 meses, tratado em casa e sem outras infecções. Nascido à termo, peso adequado, e frequenta creche desde os 6 meses de vida, quando interrompeu o aleitamento materno e foi introduzido fórmula de partida. Atualmente, em uso de leite integral e dieta própria para a idade. Vacinação completa para a idade. Procura o imunologista para investigação. Assinale a alternativa mais adequada para sua investigação inicial.

- (A) Subclasses de IgG; IgE específica para leite vaca, caseína, clara de ovo.
- (B) Resposta para vacina de tétano e dosagem de IgG, IgM, IgA, IgE.
- (C) Imunofenotipagem: Linfócitos T, B e NK; dosagem de C3, C4 e CH50.
- (D) Sorologia para 23 sorotipos de pneumococos e Isohemaglutininas.

32

Paciente de 4 anos de idade, encaminhado da UBS para avaliação pré-operatória, devido à alteração nos exames pré-operatórios, sem queixas de manifestação hemorrágica.

- Exames laboratoriais:

Hb: 11,8 g/dL

Leucócitos: 5.000/mm³

Plaquetas: 250.000/mm³

TP: 14,4 s, atividade 100%

TTPA: 42 s (ref.: 32 s)

TTPAr 1,31 (ref.: 1,00 – 1,15)

Tempo de trombina: 10 (ref.: 10 a 14 s)

Com base no caso apresentado, assinale a alternativa correta.

- (A) O TTPA está alargado e devem-se investigar os fatores: fibrinogênio, II, V, X e XIII.
- (B) O TTPA está alargado e devem-se investigar os fatores: fibrinogênio, II, V e X.
- (C) O TTPA está alargado e deve-se solicitar mistura a 50%. Se houver correção do TTPA sugere a presença de inibidores da coagulação.
- (D) O TTPA está alargado e deve-se solicitar mistura a 50%. Se houver correção do TTPA sugere a deficiência de fatores de coagulação. Neste caso, deve-se solicitar os fatores VIII, IX, XI e XII.

30

Criança, 9 anos de idade, com quadro de evacuação difícil, dolorosa e infrequente, desde os 2 anos. Foi orientada a aumentar a ingestão de fibras, líquidos e atividade física. Após 2 meses de seguimento, permanece com evacuações infrequentes, fezes Bristol 2, que causam entupimento do vaso sanitário, dolorosas e com episódios de *soiling*. Assinale a alternativa que indica o próximo passo mais adequado no manejo.

- (A) Manter orientações dietéticas e associar probióticos, pois o quadro tende a melhorar.
- (B) Avaliar possibilidade de hipotireoidismo, doença celíaca e fibrose cística antes de iniciar o tratamento medicamentoso.
- (C) Solicitar raio-X enema opaco e manometria anorrectal para o diagnóstico de Doença de Hirschsprung, antes de medicar com laxativos para evitar o desenvolvimento de megacolon tóxico.
- (D) Orientar esvaziamento de ampola retal por via anterograde ou retrogrado e iniciar terapia com laxativos osmóticos.

31

Mãe comparece à consulta com bebê de 2 meses de vida, com queixa de regurgitações frequentes que não causam desconforto intenso. Nascido a termo, sem intercorrências pré ou pós-natais, em aleitamento materno exclusivo, com intervalo de 1 hora. Durante a consulta, apresenta-se dormindo no colo da mãe. Ao exame físico, encontra-se normal, ativo, atento ao examinador, com ganho de peso de 50 g/dia. Assinale a alternativa que indica a melhor conduta.

- (A) Realizar teste terapêutico com inibidor de bomba de prótons por 8 semanas, pois trata-se de DRGE.
- (B) Solicitar exames para investigação, visto que o paciente apresenta sinal de alarme.
- (C) Orientar sobre superalimentação, posição e evolução natural do RGE fisiológico.
- (D) Iniciar medicação pró-cinética, pois o bebê apresenta claramente tempo de esvaziamento gástrico prolongado.

33

São considerações corretas sobre a transfusão de concentrado de hemácias, EXCETO:

- (A) A transfusão de 10 a 15 mL/kg de concentrado de hemácias eleva a concentração de hemoglobina em cerca de 2 a 3 g/dL.
- (B) O objetivo do uso de filtro de leucócitos nas transfusões de concentrado de hemácias é diminuir o risco de lesão pulmonar aguda relacionada à transfusão.
- (C) Não existe contraindicação absoluta à transfusão em pacientes com febre. É importante diminuir a febre antes da transfusão, porque o surgimento de febre pode ser um sinal de hemólise ou de outro tipo de reação transfusional.
- (D) Nenhuma transfusão deve exceder o período de infusão de 4 horas. Quando este período for ultrapassado a transfusão deve ser interrompida e a unidade descartada.

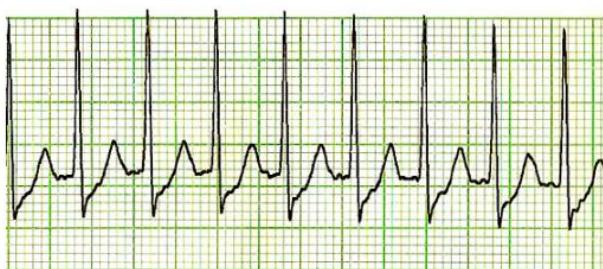
34

Menino, 6 anos de idade, com queixa de cefaleia matinal, vômitos em jato e papiledema. Está lúcido e sem déficits locais. O próximo passo mais adequado é:

- (A) Encaminhar para neuroimagem urgente.
- (B) Solicitar a punção lombar diagnóstica imediata.
- (C) Deixar o paciente em decúbito dorsal horizontal.
- (D) Prescrever analgésico e antieméticos, e reavaliar em 48 horas.

35

Menino, 4 anos de idade, portador de erro inato de imunidade grave e cardiopatia complexa, é levado ao pronto-socorro com febre há 2 dias, associada a vômitos e episódios recorrentes de cianose súbita, com retorno espontâneo ao estado basal. Ao exame físico, apresenta estado geral regular, bulhas cardíacas normofonéticas sem sopros, perfusão periférica lenta (5 segundos), PA de 60×40 mmHg, FC de 210 bpm, tentativas de acesso venoso sem sucesso. Foi realizado o eletrocardiograma apresentado a seguir:



Com base no quadro clínico e no achado eletrocardiográfico, assinale a conduta imediata mais adequada.

- (A) Desfibrilação.
- (B) Antibiótico de amplo espectro por IO.
- (C) Cardioversão elétrica sincronizada.
- (D) Coleta de exames para o protocolo Phoenix.

36

Menino, 8 meses de vida, mostra-se irritado, choro intenso, regurgitações após a introdução de fórmula infantil à base de proteína do leite de vaca, que ocorreu aos 6 meses de vida. Há 2 semanas, apresentou piora dos sintomas referidos e passou a recusar as mamadas e baixo ganho ponderal. Assinale a alternativa correta.

- (A) Doença do refluxo gastroesofágico através dos exames cintilografia e US de abdome.
- (B) A alergia à proteína do leite de vaca é uma possibilidade diagnóstica e o exame IgE específico para leite de vaca deve ser solicitado para confirmar o diagnóstico.
- (C) Realizar a prova de exclusão, se a criança apresentar melhora clínica e voltar a ganhar peso, fica confirmado o diagnóstico de alergia alimentar e deve-se manter a fórmula de aminoácidos livres por 1 ano.
- (D) Doença do refluxo gastroesofágico associado à alergia à proteína do leite de vaca pode ser a causa do desconforto. Para confirmá-la, deve ser realizado a prova de exclusão da proteína do leite e seus derivados por 2 a 4 semanas, seguido sempre pelo teste de provação oral, mesmo que a criança apresente melhora clínica à dieta de exclusão.

37

Adolescente do sexo feminino, 15 anos de idade, curada de leucemia linfóide aguda, tratada aos 5 anos de idade, com quimioterapia contendo antraciclicos. É importante o seguimento periódico para restreio de

- (A) diabetes.
- (B) cardipatia dilatada.
- (C) insuficiência renal.
- (D) hipotireoidismo.

38

Menino, 10 anos de idade, apresenta queixa de dor abdominal difusa tipo cólica, diarreia mucossanguinolenta 5 vezes ao dia, aftas recorrentes, poliartralgia, astenia e perda ponderal de 5 kg. Os sintomas surgiram há 12 semanas. Nega viagem recente, uso de qualquer medicamento ou contato com alimento ou água contaminada. Assinale a alternativa que apresenta a opção correspondente à hipótese diagnóstica mais provável e qual investigação deve ser realizada.

- (A) Síndrome do intestino irritável. Realizar US e endoscopia digestiva alta para confirmar o diagnóstico.
- (B) Doença inflamatória intestinal. Realizar hemograma com provas inflamatórias, endoscopia digestiva alta, colonoscopia e enteroressonância. Descartar causas infecciosas, dentre elas a tuberculose.
- (C) Divertículo de Meckel. Solicitar cintilografia com tecnécio e tomografia computadorizada de abdome com contraste.
- (D) Retocolite ulcerativa. Realizar colonoscopia e não solicitar endoscopia digestiva alta, pois a retocolite ulcerativa acomete apenas o intestino grosso e evitar exames com contraste (entero tomografia computadorizada ou enterossalassonância) devido aos efeitos colaterais.

39

Com relação à trombocitopenia imune, assinale a alternativa INCORRETA.

- (A) Uma forma benigna da doença ocorre em 80 a 85% das crianças, com recuperação espontânea dos níveis plaquetários dentro de três meses, sem necessidade de tratamento.
- (B) O principal mecanismo imune que resulta em sangramento deve-se à destruição precoce de plaquetas, por meio do reconhecimento - pelos receptores FC macrofágicos do sistema reticuloendotelial - do complexo de glicoproteínas plaquetárias ligadas a autoanticorpos da classe imunoglobulina G.
- (C) A maioria das crianças apresenta uma forma benigna da doença e necessita de tratamento nos primeiros dias de evolução, pois raramente recuperam os níveis plaquetários antes de um ano do diagnóstico.
- (D) A trombocitopenia imune é um diagnóstico de exclusão em que a contagem plaquetária está abaixo de 100.000/mm³ e não há outra alteração no hemograma (série vermelha ou branca) ou outras causas associadas.

40

Criança de 5 anos de idade, em tratamento para leucemia mieloide aguda, apresenta febre e neutrófilos de 500/mm³, sem outros sinais ou sintomas. Hemodinamicamente estável. A conduta inicial mais adequada é:

- (A) Observar em pronto-socorro por 24 horas, sem antibioticoterapia.
- (B) Solicitar hemoculturas e iniciar tratamento, se isolamento de agente infeccioso.
- (C) Iniciar antibiótico empírico de amplo espectro imediatamente.
- (D) Iniciar antiviral empírico até esclarecer o quadro.

41

Com relação à Injúria Renal Aguda (IRA) na infância, identifique como verdadeira (V) ou falsa (F) as seguintes afirmações:

- () Tanto o aumento da creatinina quanto a diurese são parâmetros independentes para diagnóstico de IRA em pediatria, e juntos aumentam a acurácia do diagnóstico.
- () O aspecto mais frequente na IRA neonatal é a oliguria.
- () O uso de furosemida é parte do tratamento da IRA oligúrica, mesmo que haja evidência clínica de hipovolemia.
- () Aumentos de 0,3 mg/dL na creatinina sérica já são definidores de IRA, e se correlacionam com o prognóstico da criança, mesmo no período neonatal.
- () A hipervolemia, com volume acumulado acima de 10% do peso corporal, é fator independente para aumento de mortalidade em UTIs pediátricas e neonatais.

Considerando as afirmações, assinale a alternativa que apresenta a sequência correta.

- (A) V - F - V - F - F.
 (B) V - F - F - V - V.
 (C) F - V - F - V - V.
 (D) F - V - V - F - F.
- 

42

Garoto de 6 anos de idade, após queda no parquinho, apresentou pequenas lesões na perna, que formaram crostas. Após quase duas semanas, segundo a mãe, a criança estava inchada, e apresentava urina com “cor de Coca-Cola”, levando-o para atendimento médico. No atendimento pediátrico, apresentou edema e hipertensão arterial, com PA acima do P95 para o sexo e estatura. Considerando a mais provável glomerulonefrite que acometeu o paciente, assinale a alternativa correta.

- (A) O complemento total está aumentado, na maioria dos casos.
 - (B) Os níveis de IgG e IgM devem estar diminuídos, na maioria dos casos.
 - (C) A fração C3 do complemento deve estar diminuída, na maioria dos casos.
 - (D) A fração C4 do complemento retorna ao normal em até 12 semanas, na maioria dos casos.
- 

43

Pré-escolar de 3 anos de idade, sexo masculino, comparece à consulta queixando que não quer comer, e a mãe teme que fique desnutrido. A mãe relata que faz de tudo para que o filho coma, mas só aceita alimentos pastosos e líquidos, deixa o biscoito na boca até derreter e tem preferência por alimentos lácteos. Em função disso, a mãe cede e acrescenta suplementos no leite para melhorar a oferta nutricional. A orientação correta é:

- (A) Utilizar, inicialmente, a coerção para modificar a preferência alimentar.
- (B) Evitar o uso de utensílios que a criança rejeite como por exemplo, a colher.
- (C) Observar clinicamente, pois esse comportamento tende a melhorar espontaneamente até quatro anos de idade.
- (D) Oferecer alimentos sólidos no almoço e jantar, quando a criança solicitar leite.

44

Pré-escolar, 3 anos de idade, sexo masculino, nascido prematuro, com 27 semanas, 780 g e 36 cm. O paciente evoluiu com hemorragia intraventricular grau IV e comprometimento neurológico (GMFCS V), foi encaminhado para avaliação de quadro de desnutrição e colocação de gastrostomia. Recebe dieta exclusivamente por via oral, 5 refeições ao dia (em média 20 minutos cada) com consistência pastosa e líquidos espessados, sem dificuldades para deglutir com a dieta adaptada. A mãe nega quadro convulsivo associado, nunca teve broncopneumonia. Refere que recebeu antibiótico para tratamento de amigdalite aos 2 anos e 6 meses, apenas 1 vez, após a alta da maternidade. Nega internações, exceto na ocasião da realização de uma postectomia. Ao exame físico, apresenta-se corado, hidratado, eupneico, contactante e colaborativo. Sustenta o pescoço, senta sem apoio, anda pequenas distâncias com apoio. Pele e cabelos sem alterações. Apresenta antropometria – 10,1 kg e 85 cm (P/E -1,62; P/I -2,97; E/I -3,23; IMC/I -1,18). Em relação ao estado nutricional do paciente descrito, é correto afirmar:

- (A) A classificação nutricional é compatível com desnutrição crônica, pois nasceu PIG e mantém muito baixa estatura para a idade.
 - (B) Com o diagnóstico de desnutrição está indicada a confecção de gastrostomia para complementar a ingestão da dieta por via oral.
 - (C) O paciente encontra-se eutrófico, devendo manter a dieta por via oral e agendar retorno para acompanhar a velocidade de crescimento.
 - (D) O Z-score de peso para idade é compatível com o diagnóstico de desnutrição aguda, com indicação de recuperação nutricional com dieta enteral via sonda nasogástrica.
- 

45

Assinale a alternativa que melhor caracteriza a Síndrome de Guillain-Barré.

- (A) É uma doença viral que afeta principalmente os pulmões, causando insuficiência respiratória.
 - (B) É uma doença genética que provoca deterioração cognitiva e perda de memória.
 - (C) É uma condição autoimune que causa fraqueza muscular progressiva e geralmente se apresenta após uma infecção.
 - (D) É uma infecção bacteriana que causa febre alta e erupções cutâneas.
- 

46

Sobre as pneumonias adquiridas na comunidade na infância, assinale a alternativa correta.

- (A) A principal etiologia é bacteriana por pneumococo.
- (B) A principal etiologia é por pneumococo 19A.
- (C) A proporção de casos com identificação do agente em hemocultura é inferior a 10%.
- (D) A presença de derrame pleural afasta *Mycoplasma pneumoniae* como agente etiológico.

47

Menino, 13 anos de idade, apresenta velocidade de crescimento anual de 10 cm, pelos pubianos no estágio 3 de Tanner e testículos de 8 mL. Considerando a fisiologia do crescimento e do estirão puberal, assinale a alternativa correta.

- (A) O pico de velocidade de crescimento nos meninos ocorre tipicamente antes do desenvolvimento testicular superior a 4 mL, coincidindo com a adrenarca.
- (B) O Hormônio de Crescimento (GH) exerce papel fundamental no estirão, atuando de forma sinérgica com os esteroides sexuais, especialmente por meio da indução do IGF-1.
- (C) O estirão puberal masculino geralmente se inicia no estágio 2 de Tanner, sendo precipitado principalmente pelo aumento da secreção de gonadotrofinas, com consequente produção testicular de testosterona.
- (D) Nas meninas, o início do estirão ocorre entre M3 e M4, quando já há maturação gonadal.

50

Menino de 4 anos de idade, é levado ao pronto-socorro com queixas de febre alta há 2 dias, dor de cabeça intensa, rigidez de nuca e vômitos. Seus pais relatam que ele esteve com um quadro de resfriado comum há uma semana. Ao exame físico, apresenta sinais de irritabilidade, fotofobia e sensibilidade à movimentação do pescoço. Nenhuma alteração neurológica focal foi observada. Com base no quadro, assinale a alternativa que apresenta a hipótese diagnóstica mais provável e a conduta inicial recomendada.

- (A) Hemorragia intracraniana; realização de tomografia de crânio de emergência.
- (B) Encefalite viral; administração de corticosteroides e repouso.
- (C) Meningite bacteriana; início imediato de antibioticoterapia intravenosa.
- (D) Meningite viral; suporte clínico e observação, com exames laboratoriais para confirmação.

48

Menina de 11 anos de idade, previamente hígida, é admitida no pronto-socorro com história de poliúria, polidipsia e perda ponderal de 5 kg nos últimos 2 meses, além de vômitos e dor abdominal nas últimas 24 horas. Ao exame físico, apresenta-se desidratada, taquipneica, com FC de 132 bpm, PA de 90x60 mmHg, glicemia capilar de 420 mg/dL. Gasometria arterial: pH 7,12; bicarbonato 8 mEq/L; Potássio sérico: 4,1 mEq/L. A equipe inicia reposição volêmica com soro fisiológico e insulina regular EV em bomba de infusão contínua (0,1 U/kg/h). Após 6 horas, a glicemia atinge 230 mg/dL, porém o pH permanece 7,20 e o bicarbonato 10 mEq/L. Qual deve ser a próxima conduta?

- (A) Acrescentar solução glicosada a 5 a 10%.
- (B) Suspender insulina EV, iniciar insulina NPH subcutânea associada à correção hídrica e realimentação precoce.
- (C) Manter a mesma dose de insulina EV até normalização completa do pH e bicarbonato, sem introduzir glicose para evitar nova hiperglicemia.
- (D) Administrar bicarbonato EV, uma vez que a acidose metabólica não foi corrigida após 6 horas de tratamento.

51

Lactente de 1 ano e três meses de vida, com antecedente de prematuridade tardia – 34 semanas de IG e peso ao nascimento de 1.850 g, sem intercorrências respiratórias perinatais. Relata 4 episódios de sibilância nos últimos 9 meses, e uso de corticóide oral em duas ocasiões. A mãe tem antecedente de asma. Assinale a alternativa correta com relação ao diagnóstico e ao tratamento.

- (A) Diante da prematuridade e alterações de desenvolvimento alveolar associadas, está indicado tratamento dos episódios de chiado com beta agonista de curta e corticóide inalatório.
- (B) Pode-se afirmar que a criança tem asma precoce e deve-se iniciar tratamento com a associação de montelukast e tiotrópico.
- (C) O tiotrópico está certamente indicado no esquema, diante do antecedente de prematuridade reportado.
- (D) O tratamento inicial deve incluir corticóide inalatório em spray com uso de espaçador e máscara.

49

Assinale a alternativa que apresenta o conjunto de sintomas mais compatíveis com a apresentação clínica da encefalite autoimune.

- (A) Febre de baixa intensidade, comportamento alterado, crises convulsivas, déficits neurológicos progressivos e sinais de disfunção autonômica, como taquicardia e sudorese irregular.
- (B) Febre elevada, dor de garganta, linfadenopatia dolorosa, exantema maculopapular e dor articular generalizada.
- (C) Dor abdominal difusa, icterícia, hepatomegalia, vômitos persistentes e perda de peso não intencional.
- (D) Fraqueza muscular proximal, diplopia, fadiga ocular, dor nas articulações e erupções cutâneas em áreas específicas.

52

Criança, 4 anos de idade, com histórico de febre até 40 °C há três dias, associada à mialgia e cefaleia. Ao exame físico, paciente apresenta exantema maculopapular em todo o corpo, sem petequias. Fígado doloroso e palpável a 5 cm do rebordo costal direito. Auscultas pulmonar e cardíacas sem alterações. Prova do laço negativo. Realizado NS1 reagente. Com base no caso descrito, assinale a alternativa correta.

- (A) Iniciar reposição volêmica imediata com 10 mL/kg de soro fisiológico 0,9% na primeira hora.
- (B) Deve-se coletar apenas hemograma e iniciar hidratação oral até obter os resultados de exames.
- (C) Hemograma, transaminases e dosagem de albumina sérica são exames complementares obrigatórios.
- (D) O paciente deve ser mantido internado por um período mínimo de 48 horas.

53

Paciente de 1 ano de idade, trazido pelos pais ao pronto-socorro devido à irritabilidade. À avaliação inicial, apresenta-se muito irritado, taquidispneico, com pele moteada. Foi levado à sala de emergência e monitorizado. Apresentou FC de 230 bpm, FR de 70 irpm, PA de 54×22 mmHg. Ao exame físico, pulsos rápidos e finos, tempo de enchimento capilar de 5 segundos. Enquanto era monitorizado, a equipe de enfermagem realizou tentativa de punção de acesso venoso, sem sucesso. Documentado o ritmo conforme imagem a seguir:



Com base no caso apresentado, assinale a alternativa que indica a conduta correta neste momento.

- (A) Tratando-se de um quadro de taquicardia supraventricular instável, no momento sem acesso venoso, deve ser realizada a cardioversão elétrica sincronizada na dose inicial de 0,5 a 1 J/kg.
- (B) Tratando-se de um quadro de taquicardia supraventricular instável, no momento sem acesso venoso, deve ser realizada a desfibrilação na dose inicial de 2 J/kg.
- (C) Tratando-se de um quadro de taquicardia ventricular com pulso, deve ser realizada desfibrilação na dose inicial de 2 J/kg.
- (D) Tratando-se de um quadro de taquicardia supraventricular instável, a prioridade é a realização de adenosina endovenosa, então é necessário insistir na punção do acesso venoso.

54

Recém-nascido a termo, filho de mãe que não realizou pré-natal e sem diagnóstico antenatal de cardiopatia. No primeiro dia de vida, apresenta sinais de baixo débito cardíaco, saturação aferida em membro superior direito de 80% e em membro inferior direito de 97%. Assinale a alternativa que indica a cardiopatia mais provável e qual a conduta imediata a ser realizada.

- (A) Síndrome de hipoplasia do coração esquerdo com atresia aórtica e atresia mitral; atriosseptostomia por cateter balão (procedimento de Rashkind).
- (B) Defeito do septo atrioventricular total balanceado; início de alprostadil.
- (C) Transposição das grandes artérias com comunicação interventricular e interrupção de arco aórtico; início de alprostadil.
- (D) Atresia pulmonar com septo interventricular íntegro; atriosseptostomia por cateter balão (procedimento de Rashkind).

Texto para as questões 55 e 56

Paciente de 3 anos de idade, com quadro clínico de meningite, realiza coleta de líquor, que evidenciou celularidade com $2.698/\text{mm}^3$ (80% neutrófilos), glicose de 25 mg/dL (glicemia capilar de 72 mg/dL), proteína de 60 mg/dL. Bacterioscopia com presença de cocos Gram-positivos. Resultado de cultura evidenciou *Streptococcus pneumoniae* com MIC para penicilina $\geq 0.12 \mu\text{g/mL}$ (resistente) e MIC para ceftriaxona $\leq 0,5 \mu\text{g/mL}$ (sensível).

55

Diante do resultado da cultura, qual o tratamento de escolha?

- (A) Ceftriaxone.
- (B) Vancomicina.
- (C) Ceftriaxone e vancomicina.
- (D) Dexametasona, ceftriaxone e oxacilina.

56

Caso o resultado da MIC para ceftriaxona fosse $\geq 1,0 \mu\text{g/mL}$ (resistente), qual seria o tratamento indicado?

- (A) Ceftriaxone.
- (B) Vancomicina.
- (C) Ceftriaxone e vancomicina.
- (D) Dexametasona, ceftriaxone e oxacilina.

57

Assinale a alternativa que apresenta três indicações para a vacina adsorvida difteria, tétano e coqueluche acelular.

- (A) Episódio hipotônico-hiporresponsivo nas primeiras 48 horas após a vacinação, bebês com peso menor de 2.000 g ao nascimento, asplenia anatômica ou funcional.
- (B) Transplantados de órgãos sólidos, transplantados de células-tronco hematopoiéticas, pacientes vivendo com HIV/AIDS.
- (C) Pneumopatias crônicas com risco de descompensação em vigência de febre, fístula liquórica e derivação ventrículo-peritoneal, hemoglobinopatias.
- (D) Doença convulsiva crônica, convulsão febril ou afebril nas primeiras 72 horas após a vacinação, cardiopatias crônicas com risco de descompensação em vigência de febre.

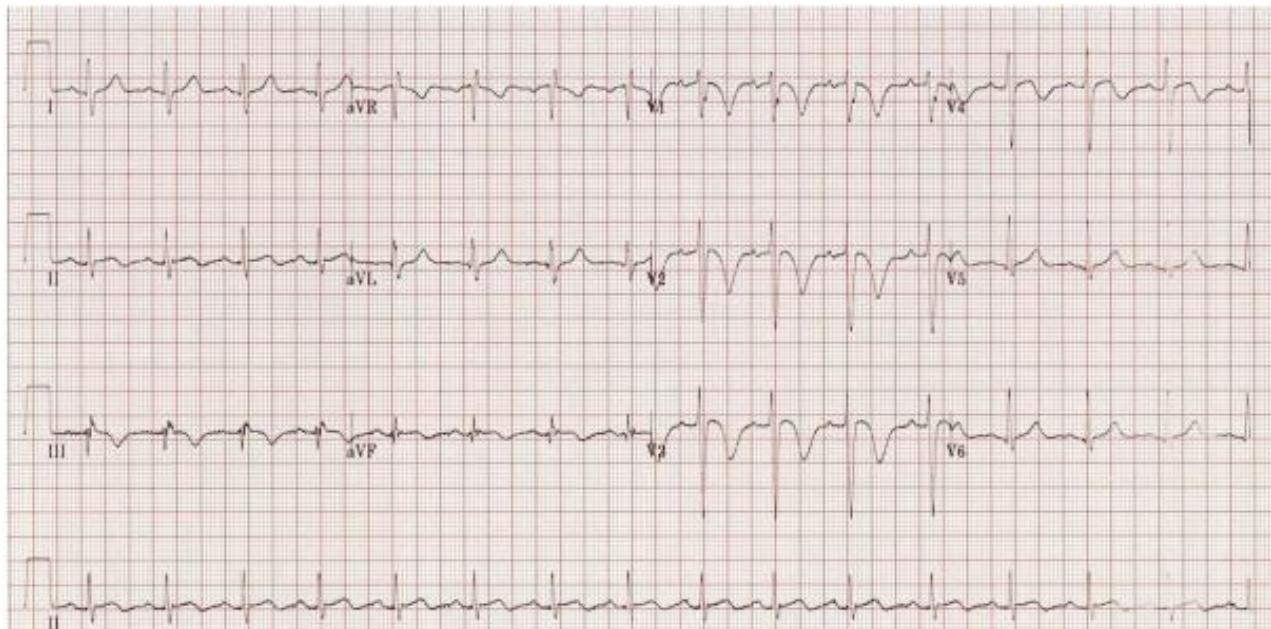
58

Recém-nascido, com 48 horas de vida e Apgar 6 / 8, nasceu com idade gestacional de 31 semanas e 4 dias e peso de 1.400 g. Apresenta-se clinicamente estável, com abdome flácido e sem resíduo gástrico. A melhor conduta com relação à alimentação é:

- (A) Leite da própria mãe por sonda orogástrica.
- (B) Leite da própria mãe por sucção.
- (C) Aleitamento materno ao seio.
- (D) Fórmula para prematuros por sonda orogástrica.

Texto para as questões 59 e 60

Adolescente, 16 anos de idade, com síndrome nefrótica, comparece ao pronto atendimento com dor torácica e dispneia súbita. Ao exame físico, apresenta SpO₂ de 80%, FC de 130 bpm, PA de 80×60 mmHg, taquidispeira, sem sinais de congestão periférica. Foi realizado o eletrocardiograma apresentado a seguir:

**59**

Considerando o quadro clínico apresentado, o achado eletrocardiográfico e a principal hipótese diagnóstica, assinale a alternativa que apresenta a imagem do Ultrassom Point-of-Care (POCUS) mais compatível com o diagnóstico da intercorrência.



(A)



(C)



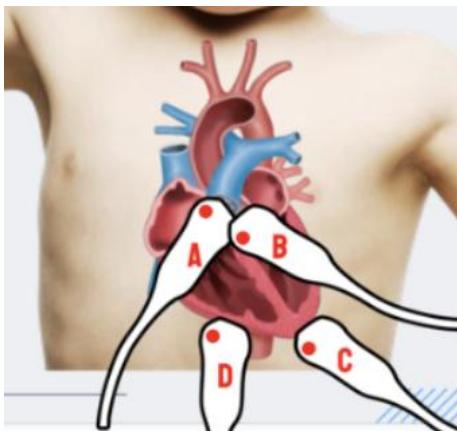
(B)



(D)

60

Assinale a alternativa que mostra a posição que o probe deveria ser colocado para obtenção correta da imagem por POCUS.



- (A) Posição A.
- (B) Posição B.
- (C) Posição C.
- (D) Posição D.

61

Menino, 5 anos de idade, portador de cirrose avançada de etiologia indeterminada e hipertensão portal, comparece ao pronto-socorro por aumento do volume abdominal associado à febre e dor abdominal difusa.

- Exames laboratoriais:

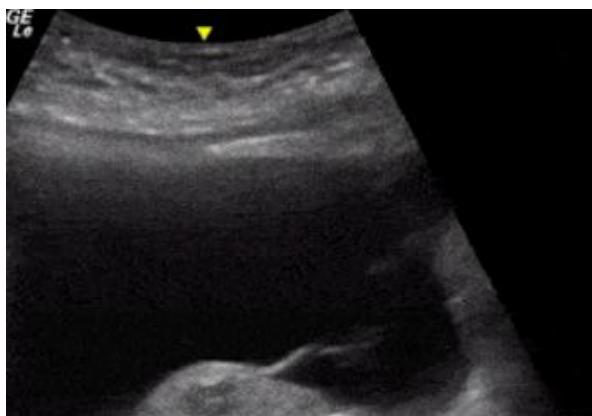
Hb: 8 g/dL

Ht: 24%

Leucócitos: 1.800/mm³ (80% neutrófilos, 10% bastonetes)Plaquetas: 52.000/mm³

Coagulograma: INR 2,0

Foi realizado exame de imagem do abdome, na região do quadrante inferior esquerdo, conforme imagem a seguir:



Considerando os achados, em relação à realização de paracentese diagnóstica, assinale a alternativa correta.

- (A) Pode ser realizada apenas após transfusão de plasma.
- (B) Pode ser realizada apenas após transfusão de plaquetas.
- (C) Não há contraindicações para a sua realização no momento.
- (D) Está contraindicada devido à ausência de líquido suficiente.

62

O principal fator que indica melhor prognóstico na Leucemia Linfóide Aguda (LLA) é:

- (A) Fenótipo T.
- (B) Idade menor que 1 ano ou maior que 10 anos.
- (C) Leucometria ao diagnóstico < 50.000.
- (D) Velocidade de resposta ao corticoides.

63

Recém-nascido, 10 dias de vida, apresenta vômitos biliosos, letargia, hipotonia e dificuldade de se alimentar. A mãe relata que o bebê também apresentou episódios de respiração rápida e odor peculiar na urina. O exame físico revela hepatomegalia discreta. Assinale a alternativa que apresenta a suspeita diagnóstica mais provável e o teste que deve ser realizado para confirmação.

- (A) Doença do Xarope de Bordo (MSUD); teste do odor da urina e análise enzimática.
- (B) Doença de armazenamento de glicogênio; teste de resistência à insulina.
- (C) Hipotireoidismo congênito; dosagem de TSH e T4.
- (D) Fenilcetonúria; teste do pezinho para avaliação de fenilalanina.

64

Com relação aos antimuscarínicos de longa ação na asma pediátrica, o medicamento tiotrópio

- (A) pode ser usado em asma pediátrica, em uma etapa anterior ao emprego dos imunobiológicos.
- (B) é inalado através de um dispositivo de pó seco e de inalação rápida.
- (C) está indicado em asma mais difícil (step 4 do GINA), mas não existem estudos com seu uso em menores de 6 anos.
- (D) não deve ser usado no mesmo horário da combinação de corticóide inalado e LABA.

65

Assinale a alternativa correta acerca da Bronquiolite Obliterante Pós-Infecciosa (PIBO).

- (A) O achado espirométrico mais comum é distúrbio restritivo grave sem resposta ao broncodilatador.
- (B) Sua ocorrência é mais comum na população de origem ameríndia do que na de ascendência europeia.
- (C) A realização de biópsia pulmonar a céu aberto é essencial para direcionar o tratamento.
- (D) O tratamento indicado é a pulsoterapia com metilprednisolona, com regressão das alterações funcionais na maior parte dos casos.

66

Paciente nascido a termo, desenvolve insuficiência respiratória grave e progressiva sem evidências de infecção aguda, descartada cardiopatia congênita (apenas hipertensão pulmonar no ecocardiograma). Radiografia do tórax com opacidades difusas bilaterais. Tomografia de tórax mostra padrão de vidro fosco bilateral e difuso. Assinale a hipótese diagnóstica compatível com o cenário clínico apresentado.

- (A) Mutação no gene da proteína B do surfactante – deficiência de surfactante.
- (B) Mutação no gene SERPINA-1 – deficiência de alfa-1 antitripsina.
- (C) Mutação no gene STAT5-B – alta estatura e imunodeficiência.
- (D) Mutação no gene DNAH5 – discinesia ciliar primária.

67

Mulher comparece em período expulsivo na maternidade, relata não ter feito pré-natal. Realizado teste rápido para HIV na parturiente com resultado reagente. Aguarda exames maternos para a confirmação diagnóstica. O bebê nasceu bem, por parto vaginal, sem intercorrências. A idade gestacional calculada pelo capurro é de 35 semanas. Em relação à profilaxia para o HIV a ser realizada para esse paciente, assinale a alternativa correta.

- (A) Zidovudina, lamivudina e nevirapina.
- (B) Zidovudina, lamivudina e raltegravir.
- (C) Zidovudina, apenas.
- (D) Aguardar confirmação da infecção materna pelo HIV para iniciar profilaxia antirretroviral.

68

Os critérios de Duke modificado já foram validados para diagnóstico de endocardite infecciosa na faixa etária pediátrica. São considerados critérios maiores para diagnóstico de endocardite infecciosa, segundo os critérios de Duke modificado:

- (A) Febre maior que 38 °C; presença de condição cardíaca predisponente para endocardite infecciosa.
- (B) Fenômenos vasculares (êmbolos arteriais, infarto pulmonar séptico, aneurismas micóticos, hemorragia intracraniana, hemorragia conjuntival, lesões de Janeway); fenômenos imunológicos (glomerulonefrite, nódulos de Osler, manchas de Roth, fator reumatoide positivo).
- (C) Febre; evidência de acometimento endocárdico ao ecocardiograma com imagem intracardíaca oscilante em valva ou aparato subvalvar ou em material implantado, sem que haja outra explicação anatômica alternativa.
- (D) Hemocultura positiva com agente microbiano típico consistente com endocardite infecciosa (*Streptococcus viridans*, *Streptococcus bovis* ou grupo HACEK) em pelo menos duas hemoculturas; evidência de acometimento endocárdico ao ecocardiograma com imagem intracardíaca oscilante em valva ou aparato subvalvar ou em material implantado, sem que haja outra explicação anatômica alternativa.

Texto para as questões 69 e 70

Recém-nascido, filho de mãe de 16 anos de idade, primigesta, não realizou pré-natal e encontrava-se com a idade gestacional de 36 semanas, determinada pela DUM quando procurou serviço médico por diminuição da movimentação fetal há 1 dia. Durante avaliação obstétrica, foi observado padrão alterado na cardiotocografia. Realizado parto cesárea tendo o RN apresentação cefálica, único, peso de 2.115 g e bolsa rota no ato com líquido claro. Após nascimento, o RN foi recebido em campo estéril, levado a berço aquecido, onde encontrava-se sem esforço respiratório, hipotônico e bradicárdico. Foram realizadas manobras de reanimação e o RN foi intubado e transportado para a UTI neonatal. Também foi realizada a radiografia de tórax apresentada a seguir:

**69**

Com base no caso descrito, assinale a alternativa que apresenta a principal hipótese diagnóstica.

- (A) *Situs inversus totalis*.
- (B) Neuroblastoma intratorácico.
- (C) Hipoplasia pulmonar à direita.
- (D) Hérnia diafragmática à esquerda.

70

Em relação ao caso apresentado, qual conduta inicial deve ser adotada?

- (A) Ventilação mecânica e óxido nítrico.
- (B) Realizar tomografia de tórax e avaliação oncológica.
- (C) Jejun + sonda orogástrica aberta, nutrição parenteral e correção cirúrgica.
- (D) Iniciar dieta enteral mínima, administrar surfactante e solicitar ecocardiograma.

Texto para as questões de 71 a 75

Menino, 4 anos de idade, previamente hígido, comparece ao pronto-socorro com quadro de febre, apresentando temperatura de 39 °C há 2 dias, tosse com expectoração esverdeada, dificuldade para respirar nas últimas 24 horas. Mãe refere que o paciente apresentou redução da aceitação de dieta e encontra-se mais sonolento no dia de hoje. Ao exame físico, encontra-se toxemiado, descorado (2+/4+), hidratado, acianótico, anictérico, febril. FC de 148 bpm, FR de 48 irpm, PA de 90×65 mmHg, SpO₂ de 88% em ar ambiente. Tiragem subdiafragmática e de fúrcula, gemido expiratório. Ausculta pulmonar com a presença de estertores crepitantes difusos e importante redução de murmúrios vesiculares em base. Pulso periféricos finos, tempo de enchimento capilar de 4 segundos. O paciente colheu exames gerais, recebeu uma expansão com soro fisiológico 0,9% de 20 mL/kg e foi transferido à UTI em uso de máscara não-reinalante de oxigênio, apresentando a seguinte gasometria completa como resultado fornecido pelo técnico do laboratório, após alerta do aparelho:

pH: 7,28

PaO₂: 58

PaCO₂: 52

HCO₃⁻: 17 mEq/L

SpO₂: 89%

Lactato: 52 mg/dL

Foi realizada uma radiografia de tórax, apresentada a seguir:

**71**

Quanto aos diagnósticos, pode-se afirmar que, nesse momento, o paciente apresenta

- (A) choque séptico, devido a possuir, ao menos, 1 ponto proveniente de disfunção hemodinâmica no escore de Phoenix.
- (B) quadro de sepse, destacando-se a disfunção respiratória e neurológica.
- (C) quadro de Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo Pediátrico, o que pode ser determinado pela baixa relação P/F e opacidades parenquimatosas bilaterais a radiografia de tórax.
- (D) quadro de sepse, sem choque séptico.

72

Considerando as intervenções terapêuticas a serem indicadas para o paciente, assinale a alternativa correta.

- (A) As alterações de perfusão ocorrem por comprometimento da função cardíaca, o que é corroborado pela radiografia de tórax. Deve-se administrar diurético de alça para controlar a congestão.
- (B) Para intubação orotraqueal, a sequência rápida de intubação deve ser realizada com medicações que levem a menor comprometimento hemodinâmico. Boas opções incluem cetamina e etomidato.
- (C) A administração de antibiótico deve ocorrer na primeira hora do diagnóstico do paciente, com cada hora de atraso levando ao aumento de mortalidade.
- (D) A administração de antibiótico deve ocorrer dentro de 3 horas do diagnóstico do paciente, sendo que a administração de fluidos intravenosos e o manejo da insuficiência respiratória devem ocorrer antes.

73

Após as medidas iniciais, o paciente persistia com desconforto respiratório importante, optando-se por intubação orotraqueal e acoplagem em ventilação mecânica invasiva em modo pressão assistido-controlado. Os parâmetros iniciais, ajustados no aparelho, foram:

PIP: 28 cmH₂O

PEEP: 8 cmH₂O

FR: 20 irpm

Tempo inspiratório: 0.75 s

FiO₂: 100%

Paciente sedado com fentanil contínuo a 2 µg/kg/h, bem acoplado e fazendo um volume corrente de 10 mL/kg. Foi colhida uma gasometria arterial, após estabilização, que mostrava:

pH: 7,36

PaCO₂: 52 mmHg

PaO₂: 96 mmHg

HCO₃⁻: 21 mEq/L

SpO₂: 90%

A respeito do manejo ventilatório nesse caso, assinale a afirmativa correta.

- (A) Deve-se buscar a normalização de parâmetros gasométricos, para tal, pode-se aumentar a pressão inspiratória ou a frequência, elevando o volume/minuto para diminuir a PaCO₂ que encontra-se elevada.
- (B) Deve-se reduzir a fração inspirada de oxigênio, uma vez que saturações abaixo de 85% são bem toleradas para esse tipo de paciente, sem reflexos sistêmicos importantes.
- (C) O volume corrente encontra-se excessivo, o que pode levar a maior lesão pulmonar induzida pela ventilação. Para ficar de acordo com os preceitos de ventilação protetora, é importante proceder a redução da diferença de pressão entre PIP e PEEP.
- (D) A PEEP utilizada pode estar excessiva para o paciente, o que leva à hiperdistensão alveolar com aumento da resistência vascular pulmonar e contribui para a hipoxemia observada.

74

Devido à persistência e posterior piora da hipoxemia, os parâmetros ventilatórios foram ajustados, foi realizada aspiração de cânula orotraqueal devido a secreção, porém, o paciente seguiu necessitando de FiO₂ entre 80 a 100% para manter a SpO₂ dentro dos alvos adequados. Considerando potenciais medidas adicionais a serem realizadas, assinale a alternativa correta.

- (A) Administração de corticosteroides sistêmicos, como a metilprednisolona, encontra-se indicada para esses pacientes com quadros de hipoxemia persistente. A redução de inflamação promove recuperação das trocas alveolares.
- (B) Uma alternativa para esses casos é a administração de broncodilatador inalatório no circuito da ventilação mecânica, uma vez que podemos estar à frente de um paciente com quadro obstrutivo associado.
- (C) Deve-se indicar transfusão de concentrado de hemácias de modo a aumentar o conteúdo arterial de oxigênio nesse paciente hipoxêmico, com o alvo de otimizar a oferta tecidual de O₂ e minimizar os efeitos da hipoxemia, independentemente do valor de hemoglobina apresentado.
- (D) Pode-se proceder a colocação do paciente em posição prona, o que promove melhor recrutamento de áreas pulmonares posteriores (ventilatório-dependentes), melhorando a relação ventilação-perfusão e, consequentemente, a hipoxemia.

75

Optou-se por realizar bloqueio neuromuscular contínuo, otimizando os parâmetros ventilatórios. Além disso, o balanço hídrico foi rigorosamente controlado, com administração de diuréticos de alça, obtendo-se negativização em dias sucessivos. Com isso, houve melhora progressiva da hipoxemia, além de melhora radiológica. Considerando um o paciente apresentado, as terapias aplicadas e um tempo de ventilação prolongado, pode-se afirmar que as consequências que dificultam seu manejo na terapia intensiva incluem:

- (A) O uso de diuréticos de alça por tempo prolongado associa-se à acidose hiperclorêmica, a qual ocorre por perda de bicarbonato renal, além de outros distúrbios eletrolíticos como hipocalcemia e hipocalcemia.
- (B) O uso prolongado de bloqueador neuromuscular pode promover quadro de fraqueza muscular dentro do contexto de neuromiopatia do doente crítico, dificultando a extubação, limitando a capacidade de mobilização, com consequências ao processo e reabilitação do paciente.
- (C) A hipoxemia sustentada por pacientes, como o descrito no caso, não apresenta consequências a longo prazo, sendo bem tolerada, o que implica na adoção disseminada do conceito de hipoxemia permissiva.
- (D) Desde os primeiros momentos em ventilação mecânica invasiva, especialmente com parâmetros elevados, ocorre um comprometimento das fibras musculares diafrágmatas. O diagnóstico desse comprometimento é facilmente realizado, e manobras de recrutamento alveolar, realizadas durante a ventilação, podem promover a recuperação da lesão e perda de fibras desse músculo.

Texto para as questões 76 e 77

Menino, 9 anos de idade, previamente asmático, foi admitido no departamento de emergência com quadro de tosse e coriza, sem febre. Ao exame físico inicial, apresentava-se taquidispneico (FR de 36 irpm), com sibilos difusos, tiragem subdiafragmática e tiragem intercostal moderadas, fala entrecortada e saturação de 88% em ar ambiente. Foram realizadas medidas para crise asmática grave: salbutamol, brometo de ipratrópico e corticoide. Após as medidas iniciais, o paciente apresenta os seguintes achados ao exame físico: bom estado geral, dispneia leve/moderada, FR de 27 irpm, SpO₂ 94% em máscara de Venturi a 40%, tiragem subdiafragmática leve, FC de 110 bpm e demais parâmetros sem alterações.

76

Baseando-se no GINA 2025, diante do quadro clínico e em relação à indicação de sulfato de magnésio endovenoso, assinale a melhor alternativa.

- (A) Está indicado e está associado a menor taxa de admissão hospitalar.
- (B) Não está indicado, visto que no momento o paciente não apresenta critérios para internação em leito de UTI.
- (C) Não está indicado e, caso o paciente apresentasse indicação, a via inalatória seria preferível.
- (D) Pode ser administrado e o uso de sulfato de magnésio deve ser feito rotineiramente em todas as crianças com crise asmática grave.

77

Paciente evoluiu com piora progressiva do broncoespasmo e desconforto respiratório, sendo transferido para a UTI. Apesar do tratamento otimizado, manteve-se refratário com indicação de intubação orotraqueal. Assinale a alternativa que contém as medicações mais adequadas para realizar a sequência rápida de intubação do paciente.

- (A) Quetamina e rocurônio.
- (B) Fentanil, midazolam e rocurônio.
- (C) Fentanil, propofol e rocurônio.
- (D) Fentanil, dexmedetomidina e rocurônio.

78

Menino, 7 anos de idade, portador de fibrose cística pancreato-suficiente, internado por exacerbão pulmonar, em uso de ceftazidima, amicacina e oxacilina, necessitando oxigenoterapia por cateter nasal 2 L/min (não faz uso domiciliar). Colonização crônica por *Staphylococcus aureus* meticilino-sensível e *Pseudomonas aeruginosa* multissensível. Após 48 horas de internação, cultura de escarro isolou *Burkholderia cepacia* multissensível. Assinale a alternativa que indica a melhor conduta.

- (A) Associar sulfametoxazol/trimetoprima ao esquema atual.
- (B) Suspender a antibioticoterapia atual, e introduzir doxiciclina.
- (C) Manter conduta atual por no mínimo 5 dias.
- (D) Alta hospitalar com levofloxacina.

Texto para as questões de 79 e 80

Paciente de 4 anos de idade, com antecedente de encefalopatia crônica não progressiva secundária à hipóxia perinatal, traqueostomia e gastrostomia, crises convulsivas de difícil controle em uso de múltiplas drogas antiepilepticas e hidrocefalia com derivação ventrículo-peritoneal (última troca por mau funcionamento há 3 meses). Comparece ao pronto-socorro em crise tônico-clônica iniciada há 1 hora, febre e piora neurológica há 1 dia. Ao exame físico, encontra-se convulsionando, PA de 150×60 mmHg, FC de 140 bpm, FR de 40 irpm, SpO₂ de 98%, temperatura de 39,1 °C. Foram administradas duas doses de diazepam EV 0,2 mg/kg, com cessação dos movimentos tônico-clônicos. Em seguida, apresenta FR de 4 irpm, SpO₂ de 80% em ar ambiente, FC de 50 bpm.

79

Assinale a alternativa que apresenta melhor conduta no momento.

- (A) Reanimação cardiopulmonar.
- (B) Atropina EV.
- (C) Naloxona EV em bólus.
- (D) Ventilação com bolsa-válvula-máscara com O₂ a 100%.

80

Após a conduta da questão anterior, a criança mantém FR espontânea de 4 irpm. Assinale alternativa que apresenta a melhor conduta.

- (A) Intubação orotraqueal.
- (B) Acoplar criança à ventilação mecânica.
- (C) Administrar fenitoína EV 20 mg/kg em 20 minutos.
- (D) Repetir dose de naloxona EV e manter em bomba de infusão contínua.

81

Lactente, 10 dias de vida, está na primeira consulta ambulatorial de rotina. Trata-se de uma criança que nasce a termo (38 semanas), parto normal, peso de nascimento de 3.210 g, Boletim de Apgar de 10/10, sem nenhuma intercorrência peri-natal. Mãe hígida, pré-natal sem intercorrências, sorologias maternas com imunidade para hepatite B e negativas para HIV e sífilis. No exame físico atual, não apresentou nenhuma alteração relevante. Tem peso de 3.220 g, estatura de 50 cm, e perímetro cefálico de 35 cm. A mãe está preocupada, pois viu que a criança ganhou apenas 10 g desde o nascimento. Ela acha que o leite materno não está sendo suficiente e gostaria de saber se poderia complementar a alimentação com algum outro leite. Assinale a alternativa que apresenta a orientação adequada para o caso descrito.

- (A) Orientar iniciar fórmula láctea de termo após as mamadas do seio materno.
- (B) Prescrever para a mãe estimulantes da produção láctea antes de iniciar outro leite.
- (C) Coletar hemograma, urina tipo 1 e hormônios tireoidianos do recém-nascido.
- (D) Tranquilizar a mãe e explicar que é a evolução de peso esperada para a idade.

82

Considere os seguintes pacientes:

- I. Recém-nascido a termo, com peso de nascimento de 2.330 g, com 3 meses de vida, em aleitamento materno exclusivo.
- II. Recém-nascido a termo, adequado para idade gestacional, com 8 meses de vida, recebendo leite de vaca integral, 1 fruta e 2 papas salgadas por dia.
- III. Recém-nascido a termo, adequado para idade gestacional, com 4 meses de vida, recebendo 900 mL fórmula láctea por dia.

A profilaxia de anemia ferropriva com ferro está indicada para os pacientes

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

83

Você é o(a) pediatra de plantão e é chamado(a) para prestar assistência ao parto de uma paciente na unidade de obstetrícia/neonatologia do seu hospital. A anamnese com a gestante, que é casada com seu primo de 1º grau, revela que: G3P2A0, pré-natal sem intercorrências, sorologias para HIV, sífilis, toxoplasmose, CMV e rubéola, sem alterações. Nega história de diabetes melito gestacional, doença hipertensiva específica da gestação e infecção por estreptococo do grupo B. Refere não ter filhos vivos já que os dois meninos anteriores faleceram aos 2 e 4 meses de vida, respectivamente, devido a quadro de gastroenterite associado à desidratação. Você receptiona o RN na sala de parto, que ocorre sem intercorrências clínicas, porém, ao exame clínico geral, você nota que a genitália do RN, apesar de masculina típica, não possui gônadas palpáveis. Sobre o caso descrito, é correto afirmar:

- (A) Criotorquidia bilateral é o diagnóstico a ser estabelecido. Deve-se informar aos pais que as gônadas podem “descer” com o passar do tempo e que somente é necessária alguma intervenção médica caso o mesmo não ocorra até o 1 ano de vida.
- (B) A história de consanguinidade e óbitos de filhos anteriores não têm relação com a ausência de gônadas do RN.
- (C) A criança deve ser considerada do sexo feminino ainda na sala de parto, uma vez que não foram palpadas gônadas.
- (D) Hiperplasia adrenal congênita é um diagnóstico provável e deve ser lembrado pela equipe médica.

84

A porcentagem de peso perdida pelos recém-nascidos, nos primeiros dias de vida, pela eliminação de urina e meconígio corresponde a

- (A) 5% do peso.
- (B) 10% do peso.
- (C) 15% do peso.
- (D) 20% do peso.

Texto para as questões de 85 a 89

Menino, 7 anos de idade, acompanhado no ambulatório de pneumologia por conta de asma grave, com uso irregular de medicações. É admitido no pronto-socorro pediátrico com dispneia importante, sibilância difusa e tosse seca há cerca de 8 horas, após auxiliar o pai na limpeza do porão da casa. A mãe relata ter feito uso do salbutamol em casa (6 puffs em doses repetidas ao longo de 2 horas), sem resposta adequada. Ao exame físico de chegada, apresentava-se agitado, com fala entrecortada, uso intenso de musculatura acessória, tiragens intercostal e de fúrcula. Ausculta com sibilos expiratórios difusos e redução de murmúrios vesiculares globalmente. Boa perfusão periférica, ausculta cardíaca com bulhas rítmicas e normofonéticas, sem sopros. FC de 128 bpm, FR de 40 irpm, SpO₂ de 87% em ar ambiente e PA de 100×60 mmHg. Foi submetido a tratamento inicial em sala de emergência, onde iniciou oxigênio por máscara não-reinalante, obtido acesso periférico com administração de metilprednisolona e iniciado salbutamol inalatório 800 µg repetido a cada 20 minutos e brometo de ipratróprio. Mantido sob monitorização contínua. Após cerca de 1 hora, encontrava-se ainda com intenso desconforto respiratório, sonolento, mais taquipneico (FR de 50 irpm), com SpO₂ de 90% com máscara não-reinalante. Colhida a seguinte gasometria arterial:

pH: 7,28
 PaCO₂: 58 mmHg
 PaO₂: 65 mmHg
 HCO₃⁻: 24 mEq/L
 SpO₂: 90%

Optou-se pela transferência à unidade de terapia intensiva para monitorização e seguimento das medidas de tratamento e suporte.

85

Entre as terapias que podem ser instituídas para o paciente, em seu quadro atual, assinale a alternativa correta.

- (A) O uso de mistura hélio-oxigênio (heliox) apresenta benefícios na promoção de melhor fluxo aéreo em pacientes com quadros obstrutivos graves. Seu uso é indicado, especialmente, nos pacientes que necessitam de elevadas FiO₂, uma vez que tem maior eficácia em misturas 20%/80% ou 10%/90% com oxigênio.
- (B) Sulfato de magnésio IV não é recomendação de rotina nas exacerbações asmáticas, sendo reservado para pacientes os quais não responderam ao tratamento inicial e que persistem hipoxêmicos após abordagem inicial. O uso inalatório não apresenta benefícios.
- (C) Aminofilina e teofilina são alternativas válidas e seguras em pacientes refratários à terapia inicial. Ambas as medicações apresentam um bom perfil de segurança, mais seguras que os β₂-agonistas intravenosos.
- (D) A evidência para uso de Ventilação Não-Invasiva (VNI) em asma é substancial, com vários estudos demonstrando redução da necessidade de intubação orotraqueal. É particularmente determinante na redução de intubação orotraqueal em pacientes que apresentam alteração de nível de consciência ou agitação devido à hipoxemia/hipercapnia.

86

O paciente não respondeu às medidas iniciais estabelecidas após admissão à UTI. Optou-se por intubação orotraqueal, realizada após sequência rápida de intubação (fentanil, cetamina e rocurônio), com paciente acoplado à ventilação mecânica. Realizou-se a mecânica ventilatória do paciente em modo volume-controlado, conforme imagem a seguir:



- (A) A diferença entre pressão de pico e pressão de platô, vista por conta de pausa inspiratória, é indicativa da resistência estática da mecânica respiratória do paciente.
- (B) A diferença entre PEEP e pressão de platô, visto na imagem por conta da pausa inspiratória, corresponde a auto-PEEP do paciente, presente pelo represamento aéreo.
- (C) A pausa inspiratória é utilizada para mensurar o esforço inspiratório do paciente e determina a presença de auto-PEEP por conta de represamento aéreo.
- (D) Quanto maior a diferença entre a PEEP e a pressão de pico, maior a resistência estática do paciente.

87

Quanto a medidas que podem ser instauradas para otimizar a ventilação mecânica nesse paciente, considerando a fisiopatologia do quadro, assinale a alternativa correta.

- (A) Aumento da PEEP é fundamental para evitar a hiperinsuflação, característica de quadros obstrutivos graves.
- (B) Deve-se utilizar volume corrente elevado, próximo a 12 mL/kg de modo a superar a resistência das vias aéreas, que se encontra muito aumentada no quadro.
- (C) Manter uma relação entre tempos inspiratório e expiratório por volta de 1:3 associada à hipercapnia permissiva, permitindo exalação completa do ar e controlando a auto-PEEP.
- (D) O aumento da frequência respiratória é medida essencial, independente da relação entre os tempos inspiratório e expiratório de modo a evitar a hipercapnia.

89

Após 7 dias em ventilação mecânica o paciente tolerou desmame progressivo de parâmetros, evoluindo para extubação orotraqueal. Os sedativos (fentanil e cetamina) foram suspensos pela manhã, o paciente foi colocado em modo pressão de suporte por 60 minutos. Durante o período, manteve-se clinicamente estável, bem acoplado na ventilação, sem desconforto respiratório ou quedas de saturação. Extubado sem intercorrências. No período da noite, você é chamado para avaliar paciente que apresentou 4 evacuações líquidas e encontra-se agitado e sudoreico. Ao exame físico, nota-se regular estado geral, descorado (+/4+), hidratado, cianótico, anictérico, febril ($38,7^{\circ}\text{C}$), taquipneico, bastante agitado e com dificuldade para se manter tranquilo e dormir. Quanto ao quadro atual e sua abordagem terapêutica, assinale a alternativa correta.

- (A) O paciente está em quadro de infecção grave, com comprometimento de sistema nervoso central. Deve-se iniciar antibioticoterapia, além de colher culturas. Considerar a coleta de líquor por punção lombar devido ao comprometimento neurológico.
- (B) Trata-se de provável síndrome de abstinência devido à suspensão abrupta e sem profilaxia dos opioides em uso. Administração de morfina agora e introdução de metadona de horário podem auxiliar no controle do quadro. Deve-se seguir monitorando o paciente para ajustes adicionais da dose.
- (C) Trata-se de quadro de síndrome neuroléptica maligna devido ao uso de antipsicóticos durante o período de intubação orotraqueal. Deve-se descontinuar esse tipo de medicação, administrar diazepam para alívio dos sintomas e considerar dantrolene na manutenção do quadro de hipertermia.
- (D) Os períodos de hipoxemia em ventilação mecânica podem ter levado a comprometimento neurológico, consistente com encefalopatia hipóxico-isquêmica. Os tremores são consistentes com distúrbios de movimento por acometimento de gânglios da base.

88

Durante o plantão noturno do 4º dia de internação, o paciente encontra-se em ventilação mecânica assistida-controlada a pressão com os seguintes parâmetros:

PIP: 50 cmH₂O
PEEP: 6 cmH₂O
FR: 16 irpm
Tempo inspiratório: 0,8 s
FiO₂: 60%, para fazer um volume corrente de 7 mL/kg

Você é chamado ao leito pela enfermagem e encontra o paciente com o seguinte exame físico: mal estado geral, descorado (3+/4+), hidratado, cianótico, afebril, sedado e mantendo a frequência respiratória do ventilador. FC de 133 bpm, FR de 16 irpm, SpO₂ de 83% e PA de 70×30 mmHg. Ausência de murmúrio vesicular bilateral. Ao desacoplar paciente do aparelho e colocá-lo em ventilação manual com bolsa-valva-máscara, nota-se dificuldade em promover ventilação. Quanto ao diagnóstico mais provável e a sua justificativa para as alterações encontradas, assinale a alternativa correta.

- (A) O paciente apresenta um quadro de choque distributivo, provavelmente relacionado à sepse de foco pulmonar, por conta de uma pneumonia associada à ventilação mecânica, devido à intubação prolongada.
- (B) O quadro é consistente com choque hipovolêmico. As altas pressões da ventilação mecânica limitam o retorno venoso do paciente, comprometendo a pré-carga e produzindo hipotensão, além de contribuir para a hipoxemia.
- (C) Trata-se de um choque cardiogênico, devido a aumentos de pressão intratorácica comprometerem a capacidade de ejeção miocárdica. A necessidade de doses elevadas de sedativos para ventilar pacientes com quadros obstrutivos contribui para o comprometimento da contratilidade cardíaca.
- (D) A condição pode ser justificada por um choque obstrutivo devido à pneumotórax hipertensivo, que ocorreu devido a barotrauma na ventilação mecânica. A queda de pressão arterial aponta para comprometimento do débito cardíaco, e o elevado PIP na ventilação pode ter sido a causa do processo.

90

Lactente de 40 dias de vida é trazido à consulta com queixa de 20 dias de regurgitações frequentes que ocorrem cerca de 10 minutos após as mamadas. Está em aleitamento materno exclusivo a cada 2 horas e evacua fezes líquidas amarelas 5 a 6 vezes ao dia de forma ruidosa. O exame clínico é normal e está ganhando 25 g de peso por dia. Assinale a alternativa que indica a hipótese diagnóstica mais provável e a respectiva conduta.

- (A) Intolerância à lactose – excluir leite de vaca da dieta materna.
- (B) Refluxo gastroesofágico fisiológico – orientações posturais.
- (C) Doença do refluxo gastroesofágico – introduzir procinético e antiácido.
- (D) Estenose hipertrófica do piloro – solicitar ultrassonografia do abdome superior.

Texto para as questões de 91 a 94

Menino, 15 anos de idade, iniciou quadro de ataxia cerebelar, cefaleia e vômitos há cerca de 4 semanas. Compareceu em consulta ambulatorial com neurologista que solicitou tomografia de crânio, a qual demonstrou a presença de tumor em topografia de fossa posterior. Pela manhã o paciente foi submetido à ressecção tumoral pela equipe de neurocirurgia, sendo transferido à UTI após a abordagem. Você recebe o paciente da equipe de anestesistas em ventilação mecânica, sedado com midazolam contínuo e recebendo soro de manutenção isotônico. Ao exame físico, o paciente encontra-se em regular estado geral, hidratado, acianótico, anictérico, afebril, bem acoplado em ventilação mecânica e fazendo a frequência respiratória determinada no aparelho. FC de 65 bpm, FR de 14 irpm, SpO₂ de 97% PA de 114×74 mmHg, Dextro: de 100 mg/dL. Ausculta cardíaca e pulmonar sem alterações. Exame abdominal inocente. Apresenta cateter venoso central em veia jugular interna direita, sonda nasogástrica, sonda vesical de demora, cânula orotraqueal e catéter de derivação ventricular externa com débito xantocrômico. Sedado com midazolam contínuo a 0,2 mg/kg/h e em ventilação mecânica modo assistido-controlado à pressão com os seguintes parâmetros:

PIP: 18 cmH₂OPEEP: 6 cmH₂O

FR: 14 irpm

Tempo inspiratório: 1,0 s

FiO₂: 25%**91**

A equipe de neurocirurgia informa que a ressecção do tumor foi complicada e orienta manter paciente com medidas para neuroproteção contra hipertensão intracraniana. Nesse contexto, assinale a alternativa correta a respeito dessas medidas.

- (A) É essencial minimizar a quantidade de sedativos administrados, de modo a permitir a avaliação de potenciais sequelas neurológicas imediatas ao paciente pelo procedimento cirúrgico.
- (B) Está indicada a monitorização dos valores de CO₂ exalado no final da expiração por meio de capnografia. A hipercapnia pode aumentar o fluxo de sangue para o sistema nervoso central, culminando com aumentos da pressão intracraniana.
- (C) Deve-se controlar de maneira estrita natremia, evitando que o paciente evolua com valores de sódio sérico acima de 135 mEq/L pelo risco de que as modificações de osmolaridade levem a quadros convulsivos.
- (D) Deve-se manter o paciente em decúbito 0° para otimizar a drenagem de líquor pela derivação ventricular externa.

92

Durante o segundo dia na UTI, o paciente evoluiu com aumento importante do débito urinário, mantendo diurese de cerca de 8 mL/kg/h nas últimas 12 horas. Ao exame físico, encontra-se em REG, descorado (2+/4+), desidratado (olhos fundos, mucosas secas), acianótico, anictérico, febril (38,4 °C), bem acoplado à ventilação mecânica. Sedado e arreativo com midazolam contínuo a 0,4 mg/kg/h. FC de 124 bpm FR de 14 irpm, SpO₂ de 98% PA de 90×40 mmHg. Pulso cheios, tempo de enchimento capilar de 3 a 4 s. Sem alterações de ausculta pulmonar ou cardíaca. Foram solicitados os exames laboratoriais a seguir:

| Exame: | Resultado: |
|----------------------------------|------------|
| Hemoglobina | 18 g/dL |
| Hematócrito | 52% |
| Sódio sérico | 123 mEq/L |
| Osmolaridade plasmática | 265 mOsm/L |
| Ácido úrico sérico | 2,2 mg/dL |
| Sódio urinário (amostra isolada) | 95 mEq/L |
| Ureia sérica | 45 mg/dL |

Em relação ao diagnóstico mais provável para o caso, assinale a alternativa correta.

- (A) Trata-se de quadro de síndrome da secreção inapropriada de hormônio antidiurético, a qual ocorre secundariamente a abordagem de sistema nervoso central. Deve-se realizar restrição hídrica e administrar sódio para o paciente.
- (B) Trata-se de um quadro de insuficiência adrenal por comprometimento central, devido à lesão neurológica, o que justifica a hiponatremia apresentada pelo paciente. Deve-se administrar hidrocortisona em dose de 100 mg/m².
- (C) Trata-se de quadro de síndrome cerebral perdedora de sal, caracterizada pela desidratação, devido à poliúria e hipernatremia. A fisiopatologia ainda é pouco conhecida. Deve-se administrar reposição volêmica com soro fisiológico e reposição adicional de sódio.
- (D) Trata-se de uma hiponatremia dilucional, devido ao uso de medicações diluídas em soro glicosado, levando a excesso de água livre de eletrólitos administrada ao paciente. Deve-se substituir as soluções de diluição por soro fisiológico e restringir fluidos ao paciente.

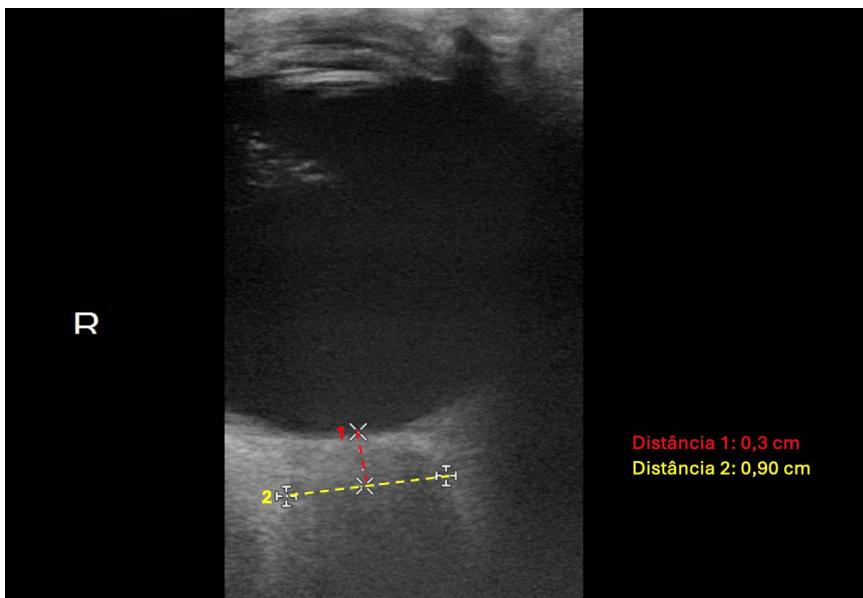
93

Você é chamado para avaliar o paciente que se encontra, nesse momento, com hipertonia de membros superiores e inferiores, desvio do olhar para a direita, taquicardia e queda de saturação periférica até 88% de forma súbita. A suspeita principal é de uma crise epiléptica e opta-se por medicar o paciente nesse momento, de forma a controlar a crise vigente. A respeito das medicações usadas para estado de mal epiléptico em terapia intensiva, assinale a alternativa que relaciona a droga a potenciais efeitos colaterais de forma correta.

- (A) Os benzodiazepínicos são drogas que não afetam o sistema cardiovascular, permitindo sustentação de pressão arterial. Entretanto, são hepatotóxicas, devendo ser utilizadas com parcimônia em pacientes com disfunção hepática.
- (B) O ácido valproico age como um antagonista glutamatérgico. Seus efeitos colaterais principais são alucinações, taquicardia e hipertensão arterial.
- (C) O levetiracetam é uma droga anti-epiléptica que atua modulando a liberação de neurotransmissores através da ligação a proteína 2A da vesícula sináptica. Trombocitopenia e hiperamonemia são efeitos adversos comuns do uso dessa medicação.
- (D) A fenitoína é administrada na dose de 15 a 20 mg/kg (ataque) e age como bloqueador de canais de sódio. Os efeitos adversos incluem arritmias, necrose no local da infusão e hiperplasia gengival (no uso crônico).

94

No terceiro dia de internação, o paciente mantinha-se arreativo ao exame físico (Glasgow coma scale = 3T), com pupilas mióticas e pouco reagentes à luz. O débito da derivação ventricular externa, anteriormente ao redor de 120 a 150 mL ao dia, encontra-se zerado há cerca de 12 horas. A enfermagem aponta que, nos últimos minutos, o paciente tem sustentado valores de pressão arterial por volta de 150×100 mmHg. Você resolve realizar um ultrassom *point-of-care* oftalmico para o paciente, com a imagem referente ao olho direito apresentada a seguir:



Em relação ao quadro apresentado pelo paciente e seu manejo nesse momento, assinale a alternativa correta.

- (A) Aumento dos valores de diâmetro da bainha de nervo óptico com quadro consistente com hipertensão intracraniana. Deve-se promover medidas de controle da pressão intracraniana por meio de administração de solução salina hipertônica e revisão do sistema de derivação ventricular mal-funcionante.
- (B) Aumento dos valores de diâmetro de bainha de nervo óptico por conta de edema periférico secundário a hipervolemia. Deve-se administrar diurético de alça para negativar o balanço hídrico do paciente.
- (C) Valores de diâmetro de bainha de nervo óptico encontram-se normais. O paciente pode estar apresentando hipertensão arterial secundária à hipervolemia, evento comum em pacientes internados em terapia intensiva. Deve-se realizar restrição hídrica, diminuindo os volumes de fluidos de manutenção.
- (D) Os valores de diâmetro de bainha de nervo óptico encontram-se normais. Deve-se avaliar outras causas para a quadro atual, considerando a possibilidade de o paciente apresentar dor, uma vez que o midazolam usado para sedação não possui efeito analgésico.

95

Após alguns dias em suporte com ventilação mecânica, progrediu-se a redução gradual das medicações sedativas e o paciente foi extubado com sucesso. Entretanto, com o paciente bem consciente (Glasgow coma scale = 15) nos primeiros dias após retirada da ventilação mecânica invasiva, nota-se que ele não consegue falar e apresenta certa dificuldade ao deglutição líquidos não espessados. Em alguns momentos, apresenta-se choroso ou irritado, com importante labilidade emocional. Optou-se por realizar uma ressonância nuclear magnética de crânio a qual, além das alterações localizadas em fossa posterior (ressecção tumoral recente), não demonstrou outras alterações (sem anormalidades no parênquima cerebral). Em relação ao quadro apresentado pelo paciente, assinale a alternativa correta.

- (A) Trata-se de quadro de crise epiléptica parcial, localizada em região da fala e produzindo o quadro de incapacidade de falar. As alterações emocionais fazem parte do quadro, o que pode apontar para foco de epilepsia surgindo em lobo frontal.
- (B) O quadro é consistente com acometimento de tronco encefálico. As lesões de núcleos de pares cranianos podem explicar o processo, sendo que a audição pode estar comprometida, o que leva ao quadro de mutismo do paciente.
- (C) O paciente apresenta quadro consistente com mutismo cerebelar, condição possível em manipulações cirúrgicas por tumores de fossa posterior. O tratamento consiste em suporte e reabilitação, e o quadro tende a ser transitório
- (D) Trata-se de um quadro de afasia por comprometimento de lobo temporal devido à isquemia no processo de pós-operatório. O acometimento principal localiza-se hemisfério cerebral esquerdo.

Texto para as questões 96 e 97

Lactente de 6 meses de vida, com antecedente de atresia de vias biliares, submetido a procedimento de Kasai aos 2 meses de idade, sem sucesso, evoluindo com cirrose hepática avançada e múltiplas internações. Comparece ao pronto-socorro com febre, piora da icterícia e acolia fecal há 1 dia. Ao exame físico, apresenta estado geral regular, ictérico, acianótico, hidratado, eupneico, ausculta cardiopulmonar sem alterações, abdome com ascite moderada, indolor, esplenomegalia palpável a 4 cm do rebordo costal esquerdo, sem alteração em relação a exames prévios.

• Exames laboratoriais:

Hb: 8 g/dL
 Plaquetas: 80.000/mm³
 Leucócitos: 3.000/mm³ (60% neutrófilos, sem desvio à esquerda)
 PCR: 300 mg/L
 Bilirrubina total: 16 mg/dL com predomínio de Bilirrubina direta (basal de 5 mg/dL)
 TGO/AST: 500 U/L (basal 200 U/L)
 TGP/ALT: 600 U/L (basal 200 U/L)
 GGT: 700 U/L (basal 250 U/L)
 Função renal preservada
 USG abdominal sem alterações relevantes.

96

Baseando-se nos dados apresentados, qual o diagnóstico mais provável do quadro agudo do paciente?

- (A) Peritonite bacteriana espontânea.
- (B) Insuficiência hepática aguda.
- (C) Colangite confirmada.
- (D) Colangite suspeita.

97

Considerando o diagnóstico mais provável e o manejo inicial recomendado, assinale a conduta adequada.

- (A) Cefotaxima e ampicilina por 7 dias.
- (B) Cefotaxima e ampicilina por 14 dias.
- (C) Ampicilina por 14 dias.
- (D) Transplante hepático de emergência.

98

Lactente de 2 meses de vida, previamente hígido, é levado ao pronto-socorro após queda accidental do colo da mãe para o trocador (aproximadamente 35 cm de altura), em que houve trauma em região cefálica. A criança permaneceu assintomática, sem vômitos, crises convulsivas, alteração de comportamento ou sinais de trauma. Ao exame físico, apresentou bom estado geral, sinais vitais normais, exame neurológico sem alterações, sem nenhum hematoma ou lesões em cabeça ou quaisquer partes do corpo. Criança ativa no momento. Assinale a alternativa que indica a melhor conduta.

- (A) Alta médica com orientações.
- (B) Tomografia computadorizada de crânio.
- (C) Internação e encaminhamento à Vara da Infância.
- (D) Observação hospitalar por 12 horas com reavaliações seriadas.

Texto para as questões 99 e 100

Paciente de 13 anos de idade, com histórico de diabetes melito tipo 1 de difícil controle, comparece ao pronto atendimento com queixas de náuseas e vômitos há 3 dias, além de halito cetônico. Ao exame físico, MEG, Glasgow 14 (confusa), taquipneia com FR de 42 irpm, SpO₂ de 100% em ar ambiente, desidratação grave, pulsos periféricos filiformes, PA de 90×60 mmHg, FC de 140 bpm. Restante do exame físico sem alterações relevantes. Referiu ausência de diurese nas últimas horas. Diante do quadro, foi realizada expansão volêmica com 800 mL de SF 0,9% em 30 minutos e solicitados exames laboratoriais.

• Exames laboratoriais:

pH: < 6,8
 pCO₂: 22 mmHg
 HCO₃⁻: indetectável
 BE: não mensurável
 Glicemias: 500 mg/dL
 Na⁺: 6,4 mEq/L
 K⁺: 137 mEq/L
 Cl⁻: 116 mEq/L
 Ca²⁺: 4,86 mg/dL
 Lactato: 23 mg/dL
 Cetonúria: 3 +++

USG de pulmão: linhas A bilateralmente (sem sinais de congestão pulmonar). USG de coração: hipocontratilidade ventricular difusa e veia cava inferior colabada.

99

Considerando os dados clínicos, laboratoriais e de imagem, qual é a melhor conduta a ser instituída neste momento?

- (A) Intubação orotracheal.
- (B) Bicarbonato de sódio EV.
- (C) Insulina NPH E.
- (D) Soro fisiológico 0,9% 800 mL com 8 mL de KCl 9,1% EV.

100

Após medidas instituídas, a criança evoluiu com melhora dos parâmetros clínicos. Entretanto, na 13^a hora do tratamento, apresentou flutuação do nível de consciência, queixa de cefaléia, vômitos, incontinência urinária e, ao exame físico, foi observado a seguinte alteração no exame ocular:

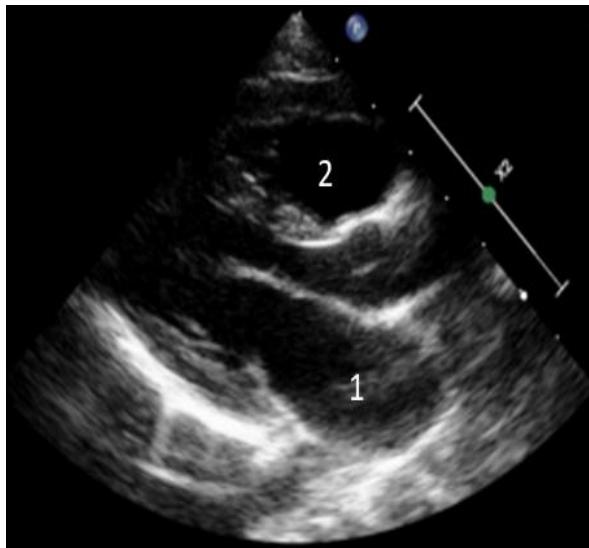


Realizado novo dextro com resultado de 260 mg/dL. Considerando a principal hipótese diagnóstica, assinale a melhor conduta a ser realizada no momento.

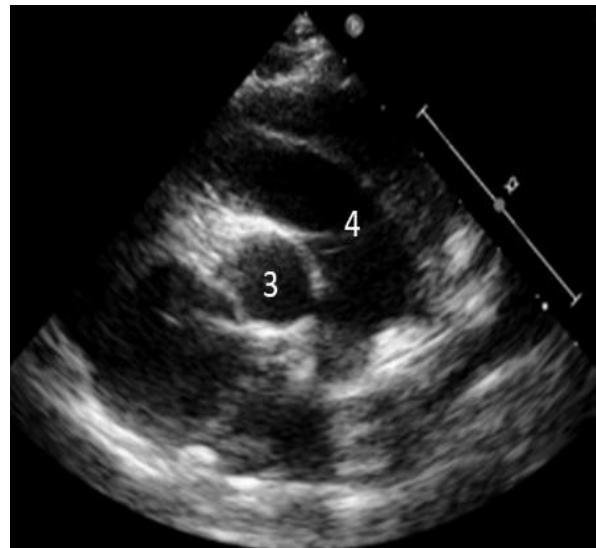
- (A) Glicose a 50% EV.
- (B) Salina hipertônica a 3% EV.
- (C) Tomografia de crânio com contraste.
- (D) Tomografia de crânio sem contraste.

101

Considerando que as imagens adquiridas por ecocardiograma transtorácico a seguir foram realizadas em paciente com coração normal, do ponto de vista anatômico, as estruturas enumeradas de 1 a 4 correspondem, respectivamente, a:



Janela paraesternal eixo longo



Janela paraesternal eixo curto

- (A) 1 - Átrio direito; 2 - Ventrículo esquerdo; 3 - Valva pulmonar; 4 - Valva aórtica.
- (B) 1 - Átrio direito; 2 - Ventrículo direito; 3 - Valva aórtica; 4 - Valva pulmonar.
- (C) 1 - Átrio esquerdo; 2 - Ventrículo direito; 3 - Valva aórtica; 4 - Valva pulmonar.
- (D) 1 - Átrio esquerdo; 2 - Ventrículo esquerdo; 3 - Valva pulmonar; 4 - Valva aórtica.

102

Assinale a alternativa que apresenta os critérios relacionados ao recém-nascido na passagem para a segunda etapa do Método Canguru.

- (A) Estabilidade clínica, nutrição enteral plena por peito, sonda gástrica ou copo, peso mínimo de 1.250 g.
- (B) Estabilidade clínica, nutrição enteral plena por peito, sonda gástrica ou copo, peso mínimo de 1.600 g.
- (C) Estabilidade clínica, nutrição enteral plena por peito ou copo, peso mínimo de 2.000 g.
- (D) Estabilidade clínica, nutrição enteral plena por peito ou copo, peso mínimo de 2.500 g.

103

O colostrum humano é produzido pela glândula mamária nos primeiros sete dias após parto, o leite maduro, por sua vez, corresponde à produção láctea que ocorre a partir do 15º dia após o parto. Assinale a alternativa que indica as variações encontradas no colostrum, em relação ao leite maduro.

- (A) Maior quantidade de proteínas, lactose e vitaminas do complexo B.
- (B) Maior quantidade de proteínas, minerais e vitaminas lipossolúveis.
- (C) Maior quantidade de lactose e gorduras, menor quantidade de proteínas.
- (D) Maior quantidade de lactose, menor quantidade de gorduras e vitaminas lipossolúveis.

104

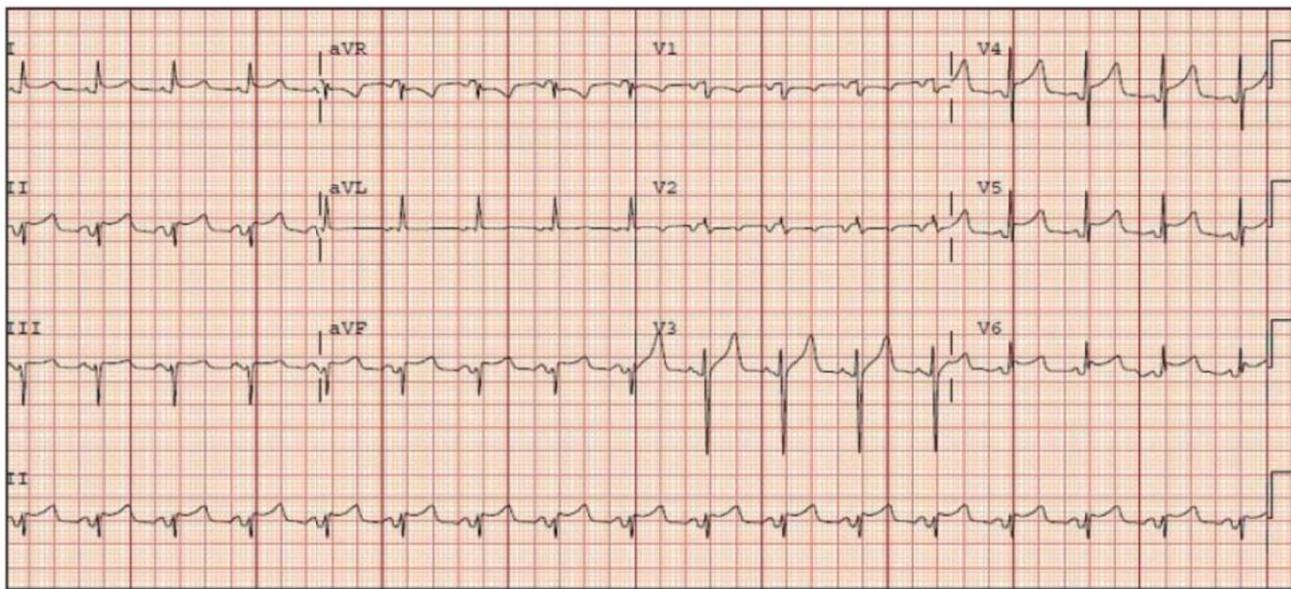
Paciente de 9 meses de vida, com diagnóstico de tetralogia de Fallot ainda não corrigida, trazido pelos pais ao pronto-socorro com história de diarreia pouco significativa há 2 dias, sem outros sintomas associados. Hoje, após episódio de choro intenso, apresentou subitamente cianose perioral significativa e “desfaleceu” segundo informado pelos pais. Admitido em pronto-socorro com irritabilidade intensa, cianótico, sendo levado à sala de emergência. Na monitorização inicial foi constatado FC de 165 bpm, PA adequada para a idade e SpO₂ de 50% em ar ambiente. Punctionado acesso venoso periférico com sucesso. Sobre o quadro clínico apresentado, é correto afirmar:

- (A) A auscultação cardíaca pode corroborar a hipótese diagnóstica de crise de hipoxia, visto que a intensidade do sopro cardíaco compatível com obstrução na via de saída do ventrículo direito, em geral, aumenta significativamente durante episódios de crise de hipoxia.
- (B) O diagnóstico mais provável é crise de hipoxia e o tratamento deve incluir oferta de oxigênio a 100%, expansão volêmica, dose de morfina, vasoconstritores sistêmicos se necessário, entre outros.
- (C) Trata-se de um caso de descompensação de insuficiência cardíaca congestiva e o tratamento deve ser realizado através do uso de diuréticos e vasodilatadores sistêmicos.
- (D) Não havia necessidade de encaminhamento à sala de emergência, visto que não havia nenhum sinal de gravidade no caso, já que a insaturação é esperada em pacientes com tetralogia de Fallot.

Texto para as questões de 105 a 110

Adolescente, 14 anos de idade, previamente hígido, é levado pela mãe ao pronto-socorro com quadro de 5 dias de febre intermitente, dor abdominal, vômitos e astenia. A mãe relata que o paciente teve uma infecção respiratória com coriza e tosse, há cerca de 4 semanas, sendo diagnosticado com COVID-19 após painel viral respiratório positivo para SARS-CoV-2, colhido em outro serviço. Ao exame físico, apresenta regular estado geral, hipoativo, hipocorado (3+/4+), hidratado, acianótico, anictérico e febril, com temperatura de 39 °C. FC de 135 bpm, PA de 82x48 mmHg, FR de 22 irpm e SpO₂ de 92% em ar ambiente. Eritema cutâneo localizado em tronco e membros superiores, sem descamação. Ausculta pulmonar com a presença de estertores crepitantes difusos, redução de murmúrios nos 2/3 inferiores de ambos os hemitórax. Ausculta cardíaca com bulhas hipofonéticas, sem sopros. Pulsos periféricos reduzidos, extremidades frias, tempo de enchimento capilar de 4 s. Abdome doloroso difusamente, sem sinais de peritonismo, sem visceromegalias. Foram colhidos exames laboratoriais complementares e realizado o eletrocardiograma, visualizados a seguir:

| Exame: | Resultado: | Valor de Referência: |
|------------|-------------------------|-----------------------------------|
| Leucograma | 18.850/mm ³ | 4.500 – 11.000/mm ³ |
| Linfócitos | 430/mm ³ | 1.000 – 3.200/mm ³ |
| Plaquetas | 156.000/mm ³ | 150.000 – 450.000/mm ³ |
| PCR | 240 mg/dL | 0 – 10 mg/dL |
| Ferritina | 1.100 ng/dL | 40 – 200 ng/dL |
| D-dímero | 980 ng/dL | < 500 ng/dL |
| Troponina | 4,5 ng/dL | < 0,04 ng/dL |
| BNP | 748 pg/mL | < 100 pg/mL |



Devido à instabilidade hemodinâmica e piora respiratória após administração de soro fisiológico 20 mL/kg como expansão, o paciente foi transferido à UTI.

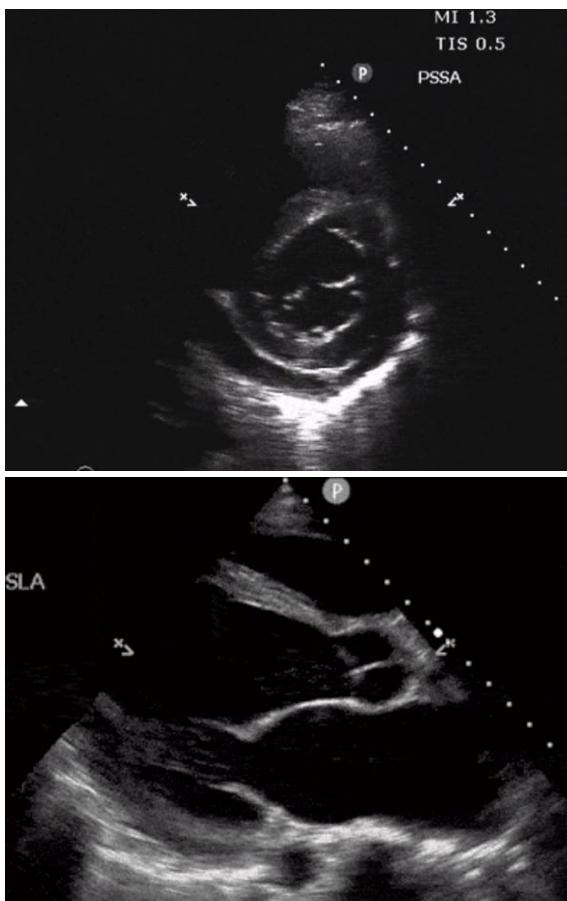
105

Quanto ao manejo inicial do quadro, considerando as medidas que devem ser instaladas ao paciente na terapia intensiva, assinale a alternativa correta.

- (A) O quadro clínico aponta para comprometimento da função cardíaca em um paciente evoluindo para choque cardiogênico.
Deve-se iniciar suporte vasoativo com inotrópico.
- (B) Iniciar prontamente noradrenalina em acesso periférico, enquanto se aguarda a passagem de acesso venoso central, devido à instabilidade hemodinâmica apresentada pelo paciente.
- (C) Deve-se realizar nova expansão fluídica ao paciente, uma vez que mantém instabilidade hemodinâmica no contexto do choque séptico apresentado.
- (D) Para o tratamento específico dessa condição, deve-se introduzir antibiótico de amplo espectro dentro da primeira hora, uma vez que se trata de paciente com quadro de choque séptico.

106

Foi realizado ecocardiograma *point-of-care*, conforme imagens a seguir:



A fração de ejeção foi estimada em cerca de 25%, não há colapso diastólico atrial ou ventricular direito, nem movimento paradoxal do septo interventricular. As imagens apresentadas referem-se à janela paresternal em eixo curto e longo. Quanto ao manejo hemodinâmico e o quadro considerado para o paciente, pode-se afirmar:

- (A) A redução das câmaras cardíacas, observada ao ecocardiograma, apontam para uma boa função cardíaca. A piora respiratória apresentada pelo paciente não tem relação com congestão, nesse contexto.
- (B) Deve-se otimizar o suporte com inotrópicos, com dobutamina e milrinone. O quadro aponta para uma síndrome inflamatória com miocardite associada. Administração de imunoglobulina humana faz parte do tratamento indicado.
- (C) Trata-se de quadro característico de tamponamento cardíaco em um paciente com pericardite pós-infecciosa. A conduta para melhora hemodinâmica é a realização de uma pericardiocentese.
- (D) Deve-se aumentar a noradrenalina para atingir os valores alvos de PAM para a idade do paciente. Haverá melhora do débito cardíaco e da perfusão sistêmica com tal medida.

107

Entre os diagnósticos diferenciais apresentados pelo paciente, assinale a alternativa que contém uma possibilidade para o quadro, incluindo dados da história, exame físico e exames subsidiários, presentes nesse caso, que apoiam essa possibilidade.

- (A) Doença de Kawasaki. A faixa etária típica apresentada pelo paciente, bem como a evidência de aneurisma de coronária, auxiliam na sua determinação.
- (B) Dengue grave. A presença de plaquetopenia, febre elevada persistente e sinais de extravasamento plasmático vascular com derrames cavitários auxiliam nesse diagnóstico.
- (C) Choque séptico de foco abdominal, evidenciada pela dor abdominal do paciente. A infecção pelo SARS-CoV-2 pode levar à hipertrofia linfoide, predispondo a quadros de adenite mesentérica e apendicite.
- (D) Síndrome do choque tóxico, cursando com febre, hipotensão, comprometimento de diversos órgãos e sistemas, além de *rash* cutâneo.

108

Considerando as diferentes drogas vasoativas potencialmente utilizadas para o paciente apresentado, assinale a alternativa correta.

- (A) A dobutamina atua por meio de antagonismo não seletivo a receptores beta-adrenérgicos miocárdicos. Aumenta a contratilidade, porém leva ao aumento do consumo de oxigênio pelos cardiomiócitos e pode promover taquiarritmias.
- (B) O milrinone atua como um indutor de fosfodiesterase-5, uma ação similar a drogas como o sildenafil. Promove aumento da resistência vascular pulmonar, melhora da contratilidade miocárdica e vasodilatação sistêmica.
- (C) A noradrenalina atua em receptores alfa-adrenérgicos vasculares, promovendo vasoconstrição. Não apresenta efeitos de aumento de frequência cardíaca, não leva ao aumento de consumo energético miocárdico e pode melhorar o retorno venoso sistêmico.
- (D) A adrenalina possui ação agonista, tanto beta quanto alfa adrenérgica, sendo que sua ação, preferencial nesses receptores, depende da dose utilizada. Em doses baixas, apresenta efeitos alfa-adrenérgicos preponderantes, produzindo vasoconstrição sistêmica.

109

Para uma melhor monitorização hemodinâmica, foi obtido um cateter arterial, passado na a. radial direita. O sistema foi acoplado ao monitor com a seguinte curva:



O sistema foi recalibrado, não havia vazamentos, dobramentos ou compressões sobre os dispositivos, nem bolhas no circuito. Os números superiores referem-se aos valores de pressão arterial sistólica e diastólica, enquanto o número inferior entre parênteses refere-se à pressão arterial média. Considerando o quadro clínico e os exames previamente disponibilizados, assinale a alternativa correta.

- (A) A diferença observada entre pressão arterial sistólica e diastólica aponta para quadro de vasoplegia. A baixa pressão arterial diastólica encontrada é o valor que melhor resume a baixa resistência vascular periférica.
- (B) A baixa amplitude apresentada é mais uma evidência de hipovolemia. Deve-se administrar bólus de fluido e observar a elevação da pressão arterial média.
- (C) A curva demonstrada apresenta aspecto incompatível com a clínica do paciente. Deve-se realizar a passagem de um novo cateter arterial uma vez que se excluiu a presença de quaisquer defeitos no atualmente em uso.
- (D) O achatamento da curva, com ausência de incisura dícrótica bem definida, além da pressão de pulso reduzida apontam para características típicas de um choque cardiológico, sendo eventos comumente observados no baixo débito cardíaco.

110

A respeito dos exames laboratoriais que podem ser colhidos para avaliação hemodinâmica do paciente apresentado, assinale a alternativa correta.

- (A) A presença de lactato arterial elevado, saturação venosa central de oxigênio (ScvO_2) normal e aumento do gap de CO_2 (diferença entre o CO_2 venoso central e arterial) indicam baixo débito cardíaco persistente. A conduta nesses casos é aumentar o suporte inotrópico.
- (B) O gap de CO_2 aumentado indica hipercapnia por baixa ventilação alveolar ou aumento de espaço-morto. Nesse caso, deve-se otimizar o suporte ventilatório, aumentando o volume corrente.
- (C) BNP elevado indica hipovolemia. Deve-se proceder à expansão volêmica com parcimônia, em alíquotas de 5 mL/kg e com atenção ao surgimento de sinais de congestão pulmonar e sistêmica.
- (D) A ScvO_2 normal, nesse caso, exclui a presença de hipoperfusão tecidual nesse paciente, apontando para a necessidade de redução na dose utilizada de inotrópico.

111

Recém-nascido com 31 semanas de idade gestacional, apresentou asfixia ao nascimento, mas evoluiu com boa recuperação. Peso ao nascimento de 1.100 g. Estava bem até o 11º dia de vida, quando apresentou distensão abdominal, letargia e diarreia sanguinolenta. Radiografia de abdome mostrava imagem de edema de alças. Deve-se prescrever para este recém-nascido:

- (A) Leite humano por sonda orogástrica.
- (B) Hidrolisado protéico por sonda orogástrica.
- (C) Jejum com soro de manutenção.
- (D) Nutrição parenteral plena.

112

O primeiro minuto de vida, denominado de *golden minute*, refere-se ao tempo máximo após o nascimento para iniciar a

- (A) intubação traqueal.
- (B) massagem cardíaca.
- (C) ventilação com pressão positiva.
- (D) oferta de oxigênio suplementar.

113

Criança de 6 anos de idade, com antecedente de linfangioma gigante em região de face e dificuldade para abertura da boca, comparece ao pronto atendimento com queixa de dispneia progressiva há 3 dias. Devido ao quadro clínico, foi indicado a intubação orotraqueal. Com base no caso descrito, assinale a alternativa correta.

- (A) A intubação pode ser realizada com o *bougie*, visto que este dispositivo é indicado principalmente para vias aéreas difíceis, especialmente em Cormack-Lehane grau 4.
- (B) A traqueostomia aberta deve ser realizada por equipe treinada em situações de “não intubo e apenas ventilo”.
- (C) A utilização de sequência rápida de intubação é essencial em casos de via aérea difícil como este, pois sabidamente aumenta a taxa de sucesso nesses cenários.
- (D) O uso do videolaringoscópio com uso do *bougie* é uma estratégia para aumentar a taxa de sucesso na abordagem da via aérea difícil.

114

A suplementação de vitamina D deve ser iniciada

- (A) após os 7 dias de vida, para todas as crianças.
- (B) após os 15 dias de vida, exclusivamente para aquelas que não estiverem recebendo aleitamento materno exclusivo.
- (C) aos 2 meses de idade, independente da dieta recebida pela criança.
- (D) entre os 6 meses e os 2 anos de idade, para todas as crianças, independente da dieta oferecida.

Texto para as questões de 115 a 117

Menino, 3 anos de idade, com antecedente de atresia de vias biliares, em uso de ácido ursodesoxicólico e propranolol, é levado ao pronto-socorro por evacuações escuras, amolecidas e de odor fétido há poucas horas. Ao exame físico, apresenta-se em estado geral regular, pele e mucosas hipocoradas, taquicardia, perfusão periférica adequada, eupneico, anasarcado, ascite volumosa e indolor, com circulação colateral abdominal evidente. Diante do quadro, foram instituídas as seguintes condutas iniciais: jejum, soro de manutenção, expansão volêmica de 10 mL/kg, introdução de octreotide em infusão contínua, cefotaxima, vitamina K e coleta de exames laboratoriais.

115

Em relação ao uso do octreotide no contexto apresentado, assinale a alternativa correta.

- (A) Não há evidência em realizar em crianças.
- (B) Tem efeito vasodilatador esplâncnico.
- (C) Pode ser retirado após 12 horas sem exteriorizações.
- (D) Deve ser realizado o mais precoce possível e mantido de 2 a 5 dias.

116

Foram realizados exames laboratoriais, que apresentaram os seguintes resultados:

Cr: 2,6 mg/dL (prévia: 0,6 mg/dL)
Ur: 100 mg/dL (prévia: 44 mg/dL)
Na⁺: 108 mEq/L
K⁺: 3,5 mEq/L
Hb: 9,4 g/dL (prévia: 9,5 g/dL)
Ht: 27%
Leucócitos: 3.500/mm³ (80% neutrófilos)
Plaquetas: 90.000/mm³
Coagulograma: INR 2,5

Em relação à hiponatremia descrita, qual a classificação mais provável?

- (A) Hiponatremia hipoosmolar euvolêmica.
- (B) Hiponatremia hipoosmolar hipovolêmica.
- (C) Hiponatremia hipoosmolar hipervolêmica.
- (D) Hiponatremia hiperosmolar hipovolêmica.

117

Assinale a melhor conduta inicial para o manejo dessa hiponatremia.

- (A) Albumina EV 1 g/kg.
- (B) NaCl 3% via enteral 3 mEq/kcal.
- (C) Correção lenta de sódio (≤ 8 mEq/L em 24 horas) com NaCl 20% EV.
- (D) Correção rápida com NaCl 20% EV 3 a 5 mL/kg.

118

Recém-nascido filho de mãe com *Hlpp Sindrome*, com peso de nascimento de 900 g e idade gestacional ao nascimento de 28 semanas, é admitido na unidade neonatal. Qual é a complicação mais provável nas primeiras horas de vida?

- (A) Apneia.
- (B) Hipoglicemias.
- (C) Convulsões.
- (D) Hipomagnesemias.

119

A mãe relata que seu bebê, de 20 dias de vida, chora excessivamente, que está em aleitamento materno exclusivo e quer mamar de hora em hora. Refere que, cerca de 20 minutos após as mamas, ele apresenta muita cólica. Nega regurgitações ou outras queixas. O exame físico é normal e o ganho de peso é adequado. A mãe apresenta fissuras mamárias bilateralmente. De acordo com a suspeita diagnóstica, a primeira conduta deve ser:

- (A) Prescrever procinético.
- (B) Suspender leite de vaca da dieta materna.
- (C) Verificar e orientar a técnica da mamada.
- (D) Introduzir complemento com leite de vaca.

120

Paciente de 13 anos de idade, com leucemia linfóide aguda em fase de indução, comparece ao pronto atendimento com febre há dois dias e diarreia com muco. Última quimioterapia há 7 dias. Ao exame físico, apresenta dor abdominal localizada em quadrante inferior direito, sem defesa local, FC de 90 bpm, PA de 120×80 mmHg, FR de 20 irpm, regular estado geral, abdome plano, dor à palpação superficial e profunda, sem sinais de irritação peritoneal.

- Exames laboratoriais:
Hb: 10 g/dL
Ht: 30%
Leucócitos: 350/mm³ (não foi possível contagem diferencial)
PCR: 300 mg/L
Hemoculturas periférica e central coletadas pareadas e com o mesmo volume (paciente com *port-a-cath*)

USG abdominal sugestivo de colite neutropênica. Raio-X de abdome sem sinais de perfuração. Assinale a alternativa com a melhor prescrição inicial para esse paciente.

- (A) Cefepime, metronidazol, teicoplanina, jejum e sintomáticos.
- (B) Ceftriaxona, metronidazol, ampicilina, jejum e sintomáticos.
- (C) Cefepime, teicoplanina, dieta leve e sintomáticos.
- (D) Cefepime, jejum e sintomáticos.

RASCUNHO

