

ANOS ADICIONAIS
Medicina Intensiva Pediátrica



Universidade de São Paulo



vencerás pela
educação



● **PROCESSO SELETIVO AOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA 2026** ●

Instruções

- Só abra este caderno quando o fiscal autorizar.**
- Verifique se o seu nome está correto na capa deste caderno e se a folha de respostas pertence ao **grupo MIP**. Informe ao fiscal de sala eventuais divergências.
- Durante a prova, são **vedadas** a comunicação entre candidatos e a utilização de qualquer material de consulta e de aparelhos de telecomunicação.
- Duração da prova: **4 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 14h30. Não haverá tempo adicional para preenchimento da folha de respostas.
- O(A) candidato(a) deverá seguir as orientações estabelecidas pela FUVEST a respeito dos procedimentos adotados para a aplicação deste processo seletivo.
- 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.
- Após a autorização do fiscal da sala, verifique se o caderno está completo. Ele deve conter **50** questões objetivas, com 5 alternativas cada. Informe ao fiscal de sala eventuais divergências.
- Preencha a folha de respostas com cuidado, utilizando caneta esferográfica de **tinta azul ou preta**. Essa folha **não será substituída** em caso de rasura.
- 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

Paciente de 13 anos de idade, sexo masculino, diagnosticado com osteossarcoma não metastático no fêmur direito. Vem sendo submetido a tratamento quimioterápico com pouca resposta e muitos efeitos adversos que estão comprometendo a qualidade de vida do adolescente. A equipe de oncologia pediátrica chama a família e o paciente para comunicar que a melhor opção terapêutica, neste caso, seria a amputação do membro. O adolescente fica muito revoltado com esta notícia e diz que prefere morrer a ter sua perna amputada. Os pais estão confusos, brigando muito, mas querem que ele seja submetido ao tratamento que aumente suas chances de sobrevida. Assinale a alternativa que apresenta a melhor estratégia para lidar com o caso.

- (A) Acionar a equipe multiprofissional, controlar os sintomas físicos e emocionais adequadamente, fazer escuta empática do paciente e da família buscando aproximação para mediar a negociação do tratamento cirúrgico (amputação).
- (B) Permitir que a criança de 13 anos exerça sua autonomia e não a submeter a uma amputação sem seu consentimento mesmo que isso diminua suas chances de sobrevida.
- (C) Acatar a decisão dos responsáveis legais e programar imediatamente a cirurgia de amputação.
- (D) Judicializar o caso.
- (E) Sair do caso e orientar a família a procurar outro serviço de saúde.

03

Paciente de 10 anos de idade, vítima de atropelamento por automóvel em alta velocidade, dá entrada no PS com colar cervical, em prancha rígida, com escala de coma de Glasgow 5, anisocoria, bradicardia, taquipneia e com hipertensão arterial sistêmica. Foi intubado após sequência rápida de intubação e submetido a pantomografia que evidenciou hematoma intracraniano extradural com desvio de linha média. A conduta indicada para este paciente é:

- (A) Tratamento conservador e observação na UTI pediátrica.
- (B) Drenagem cirúrgica do hematoma.
- (C) Tomografia controle de 12 em 12 horas.
- (D) Monitorização não invasiva da pressão intracraniana.
- (E) Protocolo de transfusão maciça.

04

Paciente de 1 ano e 3 meses de idade, peso de 10 kg, sofreu queimadura tipo escaldadura há 30 minutos. A área de superfície corporal queimada é de 25%, com queimaduras de segundo grau profundas e superficiais. Assinale a alternativa que apresenta o esquema de hidratação adequado para este paciente.

- (A) Ringer Lactato – preparação a 10% (1 L) em 6 horas.
- (B) Albumina a 5% – 750 mL em 16 horas + soro de manutenção com glicose.
- (C) Ringer Lactato – 750 mL em 16 horas + soro de manutenção com glicose.
- (D) Ringer Lactato – 750 mL, sendo 2/3 do volume (500 mL) nas primeiras 8 horas e 1/3 (250 mL) nas 16 horas restantes + soro de manutenção com glicose.
- (E) Ringer Lactato – 1000 mL, sendo 2/3 do volume (670 mL) nas primeiras 8 horas e 1/3 (330 mL) nas 16 horas restantes.

05

Paciente de 9 anos de idade, previamente hígido, internado para tratamento de pneumonia bacteriana na enfermaria com ceftriaxona há 5 dias. Houve melhora da febre, dos sintomas respiratórios e dos marcadores laboratoriais de infecção como hemograma completo e proteína C reativa. No quinto dia de internação, evoluiu com oligoanúria, dor abdominal em cólica e aumento em duas vezes da creatinina sérica. Eletrólitos estão normais. O ultrassom abdominal evidenciou dilatação pielocalicial bilateral. Com base no caso descrito, assinale a alternativa correta.

- (A) Está indicada terapia contínua de substituição renal.
- (B) Está indicada diálise peritoneal.
- (C) É necessário solicitar avaliação da equipe da urologia para desobstrução ureteral devido a lesão renal aguda obstrutiva pós renal.
- (D) O aumento da creatinina sérica em duas vezes não configura lesão renal aguda.
- (E) Está indicada hemodiálise convencional intermitente.

02

Paciente de 16 anos de idade, sexo masculino, com adrenoleucodistrofia em fase avançada, já usa gastrostomia e traqueostomia. É cuidado pelos pais, que vêm notando piora progressiva de seu quadro clínico e sua interação com o meio, principalmente no último ano. Desde que notaram a piora, estão fazendo acompanhamento com a equipe de cuidados paliativos pediátricos, que elaborou um planejamento antecipado de cuidados em modelo de decisão compartilhada com a família. Esse planejamento propõe o “trial” em caso de infecções graves, ou seja, tratamento com antibioticoterapia e ventilação mecânica convencional na UTI e observação da resposta clínica. Atualmente, o paciente está internado na UTI em tratamento de pneumonia, com parâmetros ventilatórios altos, sedação contínua endovenosa, porém evoluindo com refratariedade ao tratamento e piora clínica progressiva. Os pais dizem à equipe da UTI que seu filho está em sofrimento intenso e que não gostariam de prolongá-lo. Assinale a alternativa que apresenta a melhor maneira de lidar com o caso.

- (A) O pedido dos pais equivale a eutanásia, portanto, deve-se solicitar autorização judicial para tal.
- (B) Manter todo o suporte avançado de vida protocolarmente, inclusive com reanimação cardiopulmonar em caso de parada cardíaca.
- (C) Acionar o Ministério Público, considerando que os pais estão tendo uma atitude inadequada para a fase final de vida.
- (D) Como o paciente tem uma enfermidade incurável, progressiva, avançada, irreversível e encontra-se em refratariedade terapêutica, alinhar e planejar, de maneira interprofissional, com os cuidados paliativos pediátricos, cuidados de fim de vida com foco no conforto e na dignidade do paciente e da família.
- (E) Retirar a sedação e analgesia, a ventilação, a terapia nutricional e dar alta da UTI.

06

Menina, 9 anos de idade, peso de 40 kg, previamente hígida, sofreu um trauma durante um passeio de bicicleta. Foi encontrada em Glasgow 15. Ao exame físico, apresentava taquicardia, extremidades frias, hematoma de parede na região do hipocôndrio direito, distensão e dor à palpação abdominal. O FAST mostrou líquido livre em cavidade abdominal. Indicada tomografia de abdome com contraste que evidenciou trauma hepático grau 3. A paciente recebeu 400 mL de Ringer Lactato, analgesia com dipirona e apresentou melhora da taquicardia. A medida da hemoglobina na admissão foi de 9 g/dL. A equipe da cirurgia orientou jejum, manejo não operatório e internação na UTI pediátrica para monitorização com controle seriado de hemoglobina e hematócrito. Com base no caso descrito, assinale a alternativa correta.

- (A) A conduta descrita no caso apresentado está correta.
- (B) Como o paciente apresenta líquido livre na cavidade e anemia, está indicada transfusão de concentrado de hemácias.
- (C) Por tratar-se de trauma hepático de grau 3, está indicada laparotomia exploradora.
- (D) Como houve melhora da taquicardia e a paciente ficou estável após expansão com Ringer Lactato, não é necessário jejum.
- (E) Devido à presença de líquido livre na cavidade e lesão hepática, está indicada embolização arterial por radiologia intervencionista.

09

Paciente de 1 ano e 6 meses de idade, previamente hígida, com história de cansaço para respirar progressivo há 2 dias, de início súbito enquanto comia amendoim. A mãe nega febre, coriza, secreção nasal ou queda do estado geral. Nunca foi internada, nega episódios anteriores de sibilância, alergias, cirurgias anteriores ou quaisquer antecedentes dignos de nota. Ao exame físico, nota-se esforço moderado, necessidade de oxigênio em cateter de 02 nasal, diminuição de murmúrio vesicular em todo o hemitórax esquerdo, com alguns sibilos expiratórios mais audíveis à esquerda. O hemograma completo é normal. A imagem de raio-X do tórax em AP pode ser observada a seguir:

**07**

Em 2025, as recomendações de suporte avançado de vida em pediatria da *American Heart Association* foram atualizadas. Segundo, as atualizações mais recentes, é correto afirmar:

- (A) O valor do CO₂ exalado guia a interrupção da reanimação cardiopulmonar.
- (B) A técnica de compressões torácicas com 2 dedos foi retirada.
- (C) A técnica de compressões torácicas com 2 polegares e mãos circundando o tórax foi retirada.
- (D) Os golpes nas costas para desobstrução de vias aéreas em crianças não são recomendados.
- (E) Após a reanimação cardiopulmonar, no pós parada, os alvos de pressão arterial sistólica, diastólica e média são manter pelo menos no percentil 5 para a idade.

10

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

- (A) Atelectasia do pulmão esquerdo por aspiração de corpo estranho.
- (B) Pneumonia à esquerda com derrame pleural.
- (C) Bronquiolite viral aguda.
- (D) Malformação congênita de pulmão.
- (E) Massa neoplásica em hemitórax esquerdo.

08

Em relação à insuficiência hepática aguda na criança, é correto afirmar:

- (A) Para ser classificada como aguda, tem que ter início em, no máximo, 4 semanas da doença desencadeante em pacientes sem comprometimento hepático prévio.
- (B) Independente da faixa etária, as infecções virais são a principal etiologia.
- (C) Independente da faixa etária, as doenças metabólicas são a principal etiologia.
- (D) O tratamento deve ser realizado preferencialmente em centros especializados em transplante hepático.
- (E) Encefalopatia hepática está presente em menos de 10% dos casos.

Em 2024, foi publicado o escore de Phoenix para definição de sepse e choque séptico em pediatria. Com base nesse escore, assinale a alternativa correta.

- (A) Pacientes com lactato sérico de 2,5 mmol/L pontuam para o critério cardiovascular.
- (B) Pacientes com PaO₂/FiO₂ de 350 não pontuam para o critério respiratório.
- (C) Pacientes com INR = 1,3 pontuam para o critério de coagulação.
- (D) Pacientes com escala de coma de Glasgow 13 pontuam para o critério neurológico.
- (E) A definição de choque séptico envolve, obrigatoriamente, pontuar no critério cardiovascular.

11

Paciente de 5 anos de idade, previamente hígido, evoluiu com rebaixamento súbito do nível de consciência e é trazido ao pronto atendimento em Glasgow 7, hemodinamicamente estável. A família nega febre, vômitos, alteração de comportamento, queixa de cefaleia, história de trauma, perda de peso ou quaisquer outros sintomas nos últimos dias ou horas. Negam presença de medicamentos em casa, mas disseram que a criança costuma brincar na garagem onde o pai guarda óleo de motor de carro e líquido de radiador. A tomografia de crânio foi normal. Os exames laboratoriais iniciais mostraram hipocalcemia (Ca iônico de 0,95 mmol/L), lactato elevado (3,2 mmol/L), acidose metabólica e alcalose respiratória, ânion GAP e GAP osmolar elevados. A creatinina e ureia séricas aumentaram em 2,5x após algumas horas de internação. Com base no caso descrito, pode-se afirmar:

- (A) Há forte suspeita de intoxicação exógena por etilenoglicol, sendo indicada terapia dialítica com hemodiálise intermitente.
- (B) Há forte suspeita de intoxicação exógena por etilenoglicol, sendo indicado tratamento conservador, pois etilenoglicol não é dialisável.
- (C) As alterações laboratoriais não são características de intoxicação exógena, sendo necessário buscar outros diagnósticos.
- (D) Há forte suspeita de intoxicação exógena por etilenoglicol, sendo indicada terapia dialítica com diálise peritoneal.
- (E) As alterações laboratoriais e o quadro clínico são típicos de distúrbios do ciclo da ureia, sendo indicada dosagem de amônia e terapia dialítica.

12

Paciente de 1 mês e 10 dias de vida, com história de que, aos 15 dias de vida, iniciou episódios de vômitos leitosos pós-mamadas, após aproximadamente 5 minutos do fim das mamadas. Com duas semanas e meia de vida, iniciou uso de aptamil anti-refluxo em complementação às mamadas por cinco dias, conforme orientação do pediatra, sem melhora dos quadros de vômitos. Após esse período, iniciou fórmula parcialmente hidrolisada em associação ao aleitamento materno: 60 mL em diluição 1:30 conforme nova orientação do pediatra, porém mantendo vômitos 3 a 5 minutos após o fim das mamadas. No período, perdeu peso (peso de nascimento de 3.330 g e peso atual de 2.610 g). A mãe relata ainda que o paciente apresenta movimentos e ruídos abdominais pré-vômitos. Nega febre, sintomas respiratórios, diarreia, hematêmese, melena ou enterorragia. Ao exame físico, encontra-se emagrecido e desidratado, o abdome é escavado, com palpação de oliva em região epigástrica, apresentando algumas pausas respiratórias. A principal hipótese diagnóstica para este paciente e o exame mais adequado para confirmação são, respectivamente:

- (A) Estenose hipertrófica de piloro e tomografia computadorizada de abdome.
- (B) Estenose hipertrófica de piloro e ultrassom abdominal.
- (C) Erro inato do metabolismo e painel metabólico com aminoacidograma.
- (D) Fibrose cística e dosagem de cloro no suor.
- (E) Má rotação intestinal e raio-X de abdome.

13

Paciente de 12 anos de idade, sexo masculino, residente em zona urbana, sofreu trauma fechado durante jogo de futebol em joelho esquerdo há 11 dias, tendo evoluído com dor local intensa em região de joelho e quadril esquerdo, com febre de até 39 °C, iniciada há 10 dias, com 2 picos diários inicialmente. Buscou pronto atendimento diversas vezes, recebendo apenas orientações de observação do quadro e uso de anti-inflamatório não esteroidal (ibuprofeno). Em relação ao joelho, foi notado edema, além da dor, mas a família nega calor e hiperemia. Há 6 dias, evoluiu com icterícia, buscando novamente pronto atendimento, sendo liberado para casa para avaliação ambulatorial. Há 2 dias, retornou ao pronto atendimento com piora da icterícia, associada a dispneia, queda do estado geral, dor abdominal em hipocôndrio direito e dor em membro inferior esquerdo intensa, com restrição de mobilidade. Além disso, o padrasto refere que o paciente passou a apresentar picos febris cada vez mais próximos. Há 1 dia, a família notou piora da icterícia, oligúria, desconforto respiratório e piora da dor na perna esquerda. Além disso, referem vômitos e sonolência, também há 1 dia. Ao exame físico, o paciente apresenta mau estado geral, icterícia, taquicardia, hipotensão arterial, rash eritematoso difuso na pele, edema, calor e dor localizados no joelho esquerdo. Assinale a alternativa que apresenta a principal hipótese diagnóstica para o caso descrito.

- (A) Síndrome do choque tóxico estafilocócico ou estreptocócico.
- (B) Leptospirose.
- (C) Dengue.
- (D) Artrite reumatoide juvenil.
- (E) Febre amarela.

14

A sedoanalgesia é um dos pilares da terapia intensiva, desempenhando um papel crucial no alívio da dor, controle da agitação e otimização da ventilação mecânica. Além disso, contribui para a estabilidade hemodinâmica, reduzindo o consumo de oxigênio e minimizando impactos neurocognitivos ao modular a resposta ao estresse. Com relação aos sedativos e analgésicos mais utilizados em pediatria, pode-se afirmar:

- (A) O midazolam é uma droga da classe dos benzodiazepínicos que promove sedação, redução da ansiedade ou amnésia e efeito analgésico.
- (B) A ketamina promove sedação, analgesia e amnésia. É uma boa opção em pacientes asmáticos.
- (C) A dexmedetomidina promove efeitos sedativos e analgésicos. Tem 8 vezes mais afinidade com os receptores α 2-adrenérgicos do que a clonidina. Sua vantagem é não causar abstinência na retirada.
- (D) A morfina é agonista de receptor opioide e não pode ser usada com segurança em pediatria.
- (E) A metadona é agonista de receptor opioide e não pode ser usada com segurança em pediatria.

15

Paciente de 3 meses de vida, com peso de 5 kg, a mãe relata que, há 2 dias da admissão, o paciente iniciou com tosse seca, coriza e obstrução nasal, tendo procurado um médico pediatra, que orientou lavagem nasal. Paciente manteve o quadro, tendo a mãe referido que, na madrugada da admissão, percebeu importante queda do estado geral, além de redução das mamadas e desconforto respiratório. Procurou novamente por atendimento médico, tendo sido verificada a necessidade de cateter nasal de oxigênio, tentado resgate com salbutamol sem melhora significativa e solicitada vaga em serviço de referência. Nega febre desde o início do quadro. Nega contato com pessoas doentes. Sem outras queixas. Passado mórbido sem alterações, mamava bem em seio materno exclusivo, com bom ganho ponderal. Ao exame físico, apresenta regular estado geral, taquidispneico, taquicárdico, alerta, ativo, irritado e choroso, consolável no colo da mãe. Ausculta pulmonar com murmúrio vesicular globalmente presente com estertores grossos predominando em bases e terços médios e roncos de transmissão difusos. Presença de retração sub/intercostal e de fúrcula moderadas. Está saturando 97% em cateter de O₂ nasal a 2 L/min. Na evolução, após cerca de 1 hora da admissão, o paciente apresenta dessaturação com cateter de O₂ nasal (85-86%), tendo sido colocado em máscara de O₂ não-reinalante a 12 L/min, nota-se presença de cianose de extremidades, rendilhamento de pele, hipoativo e hiporreativo, com gemência e piora do desconforto respiratório. Extremidades frias e pálidas, tempo de enchimento capilar de 4 segundos, pulsos radiais e braquiais finos. PA inaferível.

• Exames laboratoriais:

Hb: 9,8 g/dL

Ht: 31 %

Plaquetas: 336.000/mm³

Glóbulos brancos: 11.100/mm³ com 34% segmentados; 56,9% linfócitos; 0,5% eosinófilos; 1,9% basófilos e 6,5% monócitos.

Proteína C Reativa: 0,19 mg/dL

A radiografia de tórax do paciente é apresentada na imagem a seguir:



Com base no caso descrito, assinale a hipótese diagnóstica mais provável.

- (A) Choque séptico por pneumonia bacteriana.
- (B) Miocardite viral aguda.
- (C) Cardiopatia congênita.
- (D) Acidente escorpiônico.
- (E) Bronquiolite viral aguda.

16

Paciente de 1 ano de idade dá entrada no pronto-socorro com história de um grito, seguido por choro súbito há cerca de 1 hora e aparecimento de sudorese, vômitos, palidez e alternância de agitação e sonolência. Foi realizada uma glicemia capilar à beira leito com o resultado de 350 mg/dL. A família nega quaisquer queixas anteriores ao episódio de hoje. A principal hipótese diagnóstica para este caso é:

- (A) Sepse.
- (B) Intoxicação exógena.
- (C) Cetoacidose diabética.
- (D) Erro inato do metabolismo.
- (E) Acidente escorpiônico.

17

Paciente do sexo masculino, 10 meses de vida, peso de 8 kg, altura de 72 cm, com história de diarreia com sangue e febre há 1 semana e piora clínica há 2 dias, devido a aparecimento de edema, palidez e diminuição da diurese. Ao exame físico, apresenta-se edemaciado 3+/4+, pálido, com hipertensão arterial (PA de 127×77 mmHg). O percentil 95 para a idade é pressão arterial sistólica de 96 mmHg.

• Gasometria:

pH: 7,39

pO₂: 111 mmHg

pCO₂: 21 mmHg

HCO₃⁻: 12 mEq/L

BE: -11

SpO₂: 99%

• Exames laboratoriais:

Cr: 2,7 mg/dL

Clearance de creatinina estimado: 12 mL/min/1,73 m²

Hb: 7,8 g/dL

Ht: 23 %

Plaquetas: 30.000/mm³

Leucócitos: 8.000/mm³

Neutrófilos: 60%

Linfócitos: 40% (com presença de esquizócitos)

Com base no caso descrito, a hipótese diagnóstica mais provável é de

- (A) síndrome hemolítico-urêmica.
- (B) choque séptico.
- (C) lesão renal aguda por desidratação.
- (D) síndrome nefrótica.
- (E) alergia à proteína do leite de vaca.

18

Paciente de 10 anos de idade, vítima de atropelamento na rodovia por um automóvel em alta velocidade, foi encontrado com escala de coma de Glasgow 3, pupilas midriáticas e arreativas à luz. Foi intubado na cena após sequência rápida de intubação (com midazolam, fentanil e rocurônio) e encaminhado a um centro de referência para trauma. Estava hemodinamicamente estável, foi submetido a pan-tomografia computadorizada que mostrou edema cerebral difuso e herniação de tonsilas. Ao exame, encontrava-se em coma arreativo, sem reflexos de tronco. Foi encaminhado ao CTI pediátrico. Para a realização das provas de morte cerebral nesse paciente, será necessário:

- (A) Um período de observação de 2 horas.
- (B) Pressão arterial sistólica de, no mínimo, 80 mmHg.
- (C) Temperatura corporal $> 34^{\circ}\text{C}$.
- (D) Saturação arterial $> 90\%$.
- (E) Aguardar um intervalo mínimo de 4 a 5 meias-vidas após a suspensão das drogas usadas para sedação.

19

Paciente de 12 anos de idade, internado no CTI pediátrico devido a pós-operatório de laparotomia exploradora para apendicectomia e sepse de foco abdominal há 3 dias. Evoluiu com dispneia súbita e queda de saturação. O médico residente levanta a hipótese de os sintomas terem sido causados por tromboembolismo pulmonar. Sobre essa patologia, é correto afirmar:

- (A) Cirurgia recente, infecção, uso de cateteres venosos centrais e imobilização são fatores de risco.
- (B) Não acomete crianças e adolescentes, exceto aqueles com trombofilia congênita.
- (C) A dosagem de dímeros-D apresenta baixa sensibilidade e alta especificidade para o diagnóstico.
- (D) O exame padrão ouro para o diagnóstico é o ecocardiograma.
- (E) Está indicado o uso de estreptoquinase para trombólise nesse paciente.

20

Paciente de 40 dias de vida, com história de coriza hialina e tosse seca há 1 semana, sem febre, porém, piora da tosse há dois dias, associada a guinchos e cianose. O bebê nasceu de parto normal, a termo, com Apgar 9 e 10, recebeu alta com 1 dia de vida em aleitamento materno exclusivo com bom ganho ponderal. O raio-X de tórax mostrou infiltrado intersticial difuso e borramento peri-hilar bilateral. Hemograma completo mostrou leucocitose com 40.000 glóbulos brancos, com predomínio de linfócitos (72%). A hipótese diagnóstica mais provável é:

- (A) Pneumonia por *Streptococcus pneumoniae*.
- (B) Pneumonia por *Staphylococcus aureus*.
- (C) Coqueluche.
- (D) Cardiopatia congênita.
- (E) Bronquiolite viral aguda.

21

Paciente de 3 meses de vida, com história de cansaço às mamadas desde o nascimento, sudorese, baixo ganho ponderal (10 g/dia), sem antecedentes perinatais de relevância. Na história familiar, a mãe já teve dois filhos que morreram com 2 meses e com 5 meses, sem diagnóstico e com quadro clínico semelhante. Não há grau de parentesco entre pai e mãe. O teste do pezinho é normal. Ao exame físico, nota-se taquicardia, taquipneia, estertores finos em bases, palidez, tempo de enchimento capilar de 3 segundos e fígado palpável a 5 cm do rebordo costal direito. Diante dessas informações, assinale a alternativa que apresenta a hipótese diagnóstica mais provável.

- (A) Infecção congênita.
- (B) Cardiomiopatia genética.
- (C) Tetralogia de Fallot.
- (D) Hipoplasia do coração esquerdo.
- (E) Miocardite viral aguda.

22

Paciente de 11 anos de idade, com diagnóstico de glicogenose tipo 1A. É admitido no pronto-socorro com história de dor abdominal e vômitos há 1 dia. Ao exame físico, encontra-se em regular estado geral, desidratado de primeiro grau, FC de 140 bpm, PA de 125×55 mmHg e FR de 28 irpm. Evoluiu com febre, sinais de choque, hipotensão arterial, anasarca e anúria.

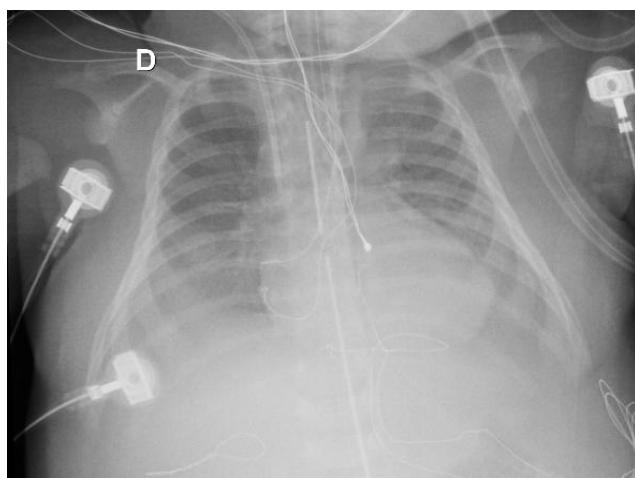
- Gasometria:
pH: 7,08
pO₂: 126 mmHg
pCO₂: 8 mmHg
HCO₃⁻: 2 mEq/L
BE: -25
SpO₂: 96%
Lactato: > 20 mmol/L
Cr: 3,0 mg/dL

Com base no caso descrito, assinale a alternativa correta.

- (A) O paciente não tem indicação de terapia de substituição renal.
- (B) Hemodiafiltração veno-venosa contínua seria a terapia de substituição renal de escolha para este paciente.
- (C) O paciente não tem condições clínicas de ser submetido a terapia de substituição renal.
- (D) Diálise peritoneal seria a terapia de substituição renal mais indicada nesse caso.
- (E) Reparação de bicarbonato seria a terapia mais indicada nesse caso.

23

Paciente do sexo masculino, 55 dias de vida, nascido de parto normal a termo, peso de 2.510 g, pré-natal sem intercorrências, com história de cianose às mamadas e sopro ao exame físico. O ecocardiograma diagnosticou tetralogia de Fallot. Ele foi submetido à cirurgia de correção total há 1 dia, com tempo de circulação extracorpórea de 190 minutos. No primeiro dia de pós-operatório, apresentou choque e diurese de 0,3 mL/kg/h, sem resposta ao uso de furosemida. Está em uso de dobutamina e adrenalina, precisou de 3 expansões com albumina e reposição de bicarbonato. O balanço hídrico acumulado é de 35 mL/kg, está em anasarca. A pressão intra-abdominal é de 12 mmHg. A creatinina no pré-operatório era de 0,3 mg/dL e hoje é de 0,8 mg/dL. A radiografia de tórax é apresentada a seguir:



Com base no caso descrito, assinale a alternativa correta.

- (A) O paciente não tem indicação de terapia de substituição renal.
- (B) A pressão intra-abdominal está normal.
- (C) O paciente não tem condições clínicas de ser submetido a terapia de substituição renal.
- (D) Diálise peritoneal seria a terapia de substituição renal mais indicada nesse caso.
- (E) Reparação de bicarbonato seria a terapia mais indicada nesse caso.

24

Em relação ao diagnóstico de encefalite viral, é correto afirmar:

- (A) Convulsões generalizadas ou parciais não totalmente atribuíveis a um distúrbio convulsivo preexistente são um critério obrigatório.
- (B) Contagem de leucócitos no líquor $\geq 5/\text{mm}^3$ é um critério obrigatório.
- (C) Anormalidade na eletroencefalografia compatível com encefalite e não atribuível a outra causa é um critério obrigatório.
- (D) Estado mental alterado (definido como nível de consciência diminuído ou alterado, letargia ou alteração de personalidade) com duração ≥ 24 horas sem causa alternativa identificada é um critério obrigatório.
- (E) Novo início de achados neurológicos focais é um critério obrigatório.

25

As definições mais recentes de Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo Pediátrico (SDRAp) segundo o PAL/ICC-2 (2023) enfatizam critérios clínicos e fisiológicos específicos para crianças. Com base nessas informações, assinale a alternativa correta.

- (A) O tempo de início do quadro após um insulto tem que ser dentro de 10 dias.
- (B) Apenas pacientes em ventilação mecânica invasiva entram nos critérios.
- (C) Para diagnóstico e classificação da gravidade, é possível usar tanto a relação entre saturação de O_2 e fração inspiratória de O_2 quanto o índice de oxigenação.
- (D) Para diagnóstico e classificação da gravidade, é obrigatório calcular o índice de oxigenação.
- (E) É obrigatória a presença de opacidades nos quatro quadrantes do pulmão na radiografia de tórax.

26

Menina, 6 anos de idade, é internada em UTI pediátrica por quadro de abdome agudo perfurativo, sendo submetida a laparotomia. No pós-operatório imediato, evolui com insuficiência respiratória progressiva, necessitando de intubação orotraqueal e ventilação mecânica invasiva. Após 12 horas de ventilação mecânica, apresenta os seguintes dados: FiO_2 de 0,6, PEEP de 6 cmH_2O , oximetria de pulso com SpO_2 de 92%.

- Gasometria arterial:
 pH: 7,33
 pCO_2 : 48 mmHg
 pO_2 : 72 mmHg
 HCO_3^- : 24 mEq/L
 Lactato: 1,8 mmol/L

Radiografia de tórax com infiltrados pulmonares bilaterais difusos e ecocardiograma sem evidências de disfunção ventricular esquerda. Considerando os critérios de Berlim, qual é a classificação correta do quadro respiratório dessa criança?

- (A) Sem critérios de SDRA.
- (B) SDRA leve.
- (C) SDRA moderado.
- (D) SDRA grave.
- (E) Edema pulmonar cardiogênico.

27

Recém-nascido de 8 dias de vida é levado ao pronto-socorro por recusa alimentar, letargia e episódios de palidez cutânea nas últimas 12 horas. A mãe refere que o bebê estava bem até o quinto dia de vida, quando passou a apresentar dificuldade para mamar e sudorese durante as mamadas. Ao exame físico, observa-se FC de 168 bpm, FR de 58 irpm, PA de 78×46 mmHg em membro superior direito e 54×32 mmHg em membro inferior. Tempo de enchimento capilar de 5 segundos em membros inferiores. Pulso femoral fino e de difícil palpação, SpO₂ de 95% em membro superior e 89% em membro inferior. Assinale a alternativa que apresenta a conduta imediata mais apropriada.

- (A) Iniciar expansão volêmica com soro fisiológico 20 mL/kg.
- (B) Administrar diurético de alça para tratamento de insuficiência cardíaca.
- (C) Iniciar infusão contínua de prostaglandina E1.
- (D) Administrar betabloqueador intravenoso para controle da frequência cardíaca.
- (E) Aguardar o ecocardiograma antes de instituir qualquer tratamento.

29

O paciente foi intubado com tubo traqueal nº 4.5 com cuff. Qual deve ser a relação ventilação:massagem cardíaca que deve ser realizada?

- (A) Realizar compressões de 80 a 100 bpm com sincronia de 15:2 ventilações.
- (B) Realizar compressões de 100 a 120 bpm com sincronia de 15:2 ventilações.
- (C) Realizar compressões 100 a 120 bpm contínuas e 20-30 ventilações.
- (D) Realizar compressões de 100 a 120 bpm contínuas e 8-10 ventilações.
- (E) Realizar compressões de 80 a 100 bpm contínuas e 10 ventilações.

30

Após 20 minutos, o paciente apresenta retorno da circulação espontânea após ressuscitação cardiopulmonar de alta qualidade. Na admissão à UTI pediátrica, encontra-se intubado, sedado, em ventilação mecânica invasiva. Apresenta FC de 110 bpm, PA de 92×55 mmHg (PAM \approx 67 mmHg), tempo de enchimento capilar de 2 segundos, diurese preservada, temperatura 36 °C e dextro de 80 mg/dL. A monitorização respiratória apresentou SpO₂ de 100%, FiO₂ de 1,0, PEEP de 5 cmH₂O, FR de 25 irpm e volume corrente adequado ao peso. Considerando os cuidados pós-parada cardíaca, assinale a alternativa que apresenta a conduta mais apropriada.

- (A) Manter FiO₂ em 100% nas primeiras 24 horas.
- (B) Aumentar o PEEP para otimizar a oxigenação.
- (C) Aumentar a FR para prevenir acidose respiratória.
- (D) Suspender a sedação para avaliação neurológica.
- (E) Diminuir a FiO₂ visando saturação de 94-99%.

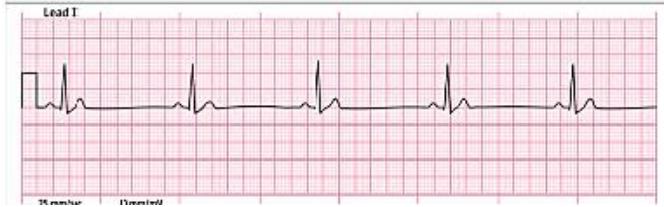
31

Criança de 6 anos de idade, foi retirada de uma piscina após período indeterminado submersa. À chegada da equipe de emergência, encontra-se inconsciente, em apneia, com pele fria e cianótica. À avaliação inicial, apresenta frequência cardíaca de 50 bpm, pulsos centrais palpáveis e ausência de movimentos respiratórios espontâneos. Considerando o quadro clínico e as prioridades do atendimento pediátrico, assinale a alternativa que apresenta a conduta inicial mais apropriada.

- (A) Iniciar checagem de pulso central e manter apenas ventilação com bolsa-válvula-máscara.
- (B) Abrir vias aéreas, iniciar ventilação com pressão positiva e, em seguida, iniciar compressões torácicas.
- (C) Iniciar ventilação com pressão positiva e administrar epinefrina intravenosa, sem iniciar compressões torácicas.
- (D) Iniciar atropina intravenosa para correção da bradicardia.
- (E) Iniciar imediatamente compressões torácicas, antes de qualquer intervenção ventilatória.

Texto para as questões de 28 a 30

Menino, 3 anos de idade, com diagnóstico prévio de epilepsia, apresenta crise convulsiva tônico-clônica generalizada em domicílio. Após o término da crise, evolui rapidamente com perda da consciência. À chegada ao pronto-socorro, encontra-se inconsciente, em apneia e sem pulso central palpável. A monitorização cardíaca mostra o seguinte traçado:



Foram iniciadas manobras de ressuscitação com massagem cardíaca e ventilação com bolsa valva e máscara.

28

Com base no caso descrito, assinale a alternativa que apresenta a conduta instituída na sequência.

- (A) Realizar a desfibrilação com carga inicial de 2 J/kg e retornar a massagem cardíaca.
- (B) Administrar epinefrina 0,01 mg/kg por via endovenosa ou intraóssea.
- (C) Administrar amiodarona 5 mg/kg por via endovenosa ou intraóssea.
- (D) Realizar cardioversão sincronizada com carga inicial de 1 J/kg.
- (E) Administrar bicarbonato de sódio 1 mEq/kg em bólus por via endovenosa ou intraóssea.

32

Menino, 8 anos de idade, com diagnóstico prévio de asma, é admitido na UTI pediátrica após crise asmática grave refratária ao tratamento clínico. Evoluiu com fadiga muscular, rebaixamento do nível de consciência e hipercapnia progressiva, sendo indicada intubação orotraqueal e ventilação mecânica invasiva. Após a intubação, apresenta estabilidade hemodinâmica, sem sinais de choque. Assinale a alternativa que indica os parâmetros iniciais mais apropriados para ventilar este paciente.

- (A) Volume corrente de 6 mL/kg, PEEP de 8 cmH₂O, FR de 25 irpm, relação I:E 1:2.
- (B) Volume corrente de 8–10 mL/kg, PEEP de 4–5 cmH₂O, FR de 15 irpm, relação I:E 1:4.
- (C) Volume corrente de 10–12 mL/kg, PEEP de 10 cmH₂O, FR de 20 irpm, relação I:E 1:1.
- (D) Volume corrente de 6–8 mL/kg, PEEP de 6–8 cmH₂O, FR de 30 irpm, relação I:E 1:2.
- (E) Volume corrente de 4–6 mL/kg, PEEP de 10 cmH₂O, FR de 12 irpm, relação I:E 1:1.

33

Criança, 6 anos de idade, vítima de atropelamento, recebe atendimento pré-hospitalar, sendo intubada ainda na cena do trauma por rebaixamento do nível de consciência. À chegada ao pronto-socorro, encontra-se em ventilação mecânica invasiva, com os seguintes dados clínicos: FC de 158 bpm, PA de 68×38 mmHg (PAM ≈ 48 mmHg), tempo de enchimento capilar de 5 segundos, pulsos periféricos finos e de difícil palpação, SpO₂ de 90% com FiO₂ 1,0. Ao exame físico do tórax, observa-se ausculta respiratória francamente diminuída à direita, percussão com hipertimpanismo à direita. Assinale a alternativa que apresenta a conduta imediata mais apropriada.

- (A) Realizar punção torácica diagnóstica e de alívio no 2º espaço intercostal direito, linha hemiclavicular.
- (B) Realizar punção torácica de prova no 4º e 5º espaço intercostal direito, linha axilar média.
- (C) Realizar expansão volêmica imediata com soro fisiológico 20 mL/kg.
- (D) Iniciar transfusão de concentrado de hemácias em protocolo de transfusão macia.
- (E) Iniciar infusão de drogas de epinefrina contínua por acesso periférico.

34

Criança, 3 anos de idade, admitida ao pronto-socorro após ser encontrada sonolenta no quarto, ao lado de um frasco de medicação para dor de uso adulto que a avó utilizava. À chegada, encontra-se hiporresponsiva, com respiração lenta e superficial. Ao exame físico, observa-se FR de 8 irpm, FC de 92 bpm, PA de 96×60 mmHg, SpO₂ de 88% em ar ambiente, pupilas puntiformes e pouco reativas, escala de coma de Glasgow: 9. Assinale a alternativa que apresenta a conduta específica para intoxicação mais apropriada para o caso descrito.

- (A) Flumazenil.
- (B) Carvão ativado.
- (C) N-acetilcisteína.
- (D) Atropina.
- (E) Naloxona.

35

Menina, 5 anos de idade, admitida no pronto-socorro com história de diarreia e vômitos há 3 dias, associados a redução importante da ingestão hídrica. Nas últimas 24 horas, a família percebeu diminuição do volume urinário. Ao exame físico, encontra-se prostrada, com mucosas secas, olhos encovados, FC de 138 bpm, PA de 80×50 mmHg, tempo de enchimento capilar de 4 segundos, peso atual de 18 kg (peso habitual: 19,5 kg). Diurese nas últimas 8 horas de 0,3 mL/kg/h.

- Exames laboratoriais:
Ur: 142 mg/dL
Cr: 2,6 mg/dL
Na⁺: 148 mEq/L
K⁺: 4,6 mEq/L

- Gasometria venosa:
pH: 7,32
HCO₃⁻: 18 mEq/L

Considerando o quadro clínico e laboratorial, assinale a alternativa que apresenta a conduta mais adequada.

- (A) Iniciar restrição hídrica e monitorar função renal.
- (B) Iniciar hidratação venosa com solução isotônica.
- (C) Administrar diurético de alça para estimular diurese.
- (D) Iniciar terapia dialítica de urgência.
- (E) Iniciar infusão de drogas vasoativas.

36

Menina, 2 anos de idade, admitida na sala de emergência com história de febre há 3 dias, redução da ingestão alimentar e piora progressiva do estado geral nas últimas 12 horas. À admissão, apresentava taquicardia e sinais de hipoperfusão periférica, sendo realizada abertura de vias aéreas, colocada em máscara de oxigênio e realizada a expansão volêmica inicial com soro fisiológico 20 mL/kg, com discreta melhora transitória. Após a expansão, a reavaliação clínica mostra FC de 172 bpm, PA de 76×40 mmHg (PAM ≈ 52 mmHg), tempo de enchimento capilar de 4 segundos, pulsos periféricos finos e filiformes, FR de 44 irpm e SpO₂ de 95% em ar ambiente. Ausculta pulmonar com estertores crepitantes bilaterais em bases. Palpação abdominal com figado palpável a 4 cm do rebordo costal direito. Diurese nas últimas 2 horas de 0,4 mL/kg/h. Com base no caso descrito, assinale a alternativa que apresenta a conduta mais apropriada.

- (A) Repetir a expansão com 10 mL/kg.
- (B) Iniciar epinefrina de infusão contínua.
- (C) Administrar diurético de alça.
- (D) Fazer a intubação orotraqueal.
- (E) Administrar corticoide.

37

Adolescente do sexo feminino, 12 anos de idade, é levada ao pronto-socorro com história de dor abdominal difusa, apatia e aumento progressivo da frequência urinária nas últimas semanas, com piora nas últimas 24 horas. A família refere perda ponderal recente e ingestão hídrica aumentada. Ao exame físico, encontra-se sonolenta, com mucosas secas e respiração profunda e regular. Sinais vitais com FC de 132 bpm, PA de 96×58 mmHg, tempo de enchimento capilar de 3 segundos, FR de 32 irpm. Exames laboratoriais indicam glicemia capilar de 520 mg/dL.

• Gasometria arterial:

pH: 7,05

pCO₂: 22 mmHg

HCO₃⁻: 6 mEq/L

Cetonemia: positiva

Sódio sérico: 130 mEq/L

Potássio sérico: 4,8 mEq/L

Com base no quadro clínico e laboratorial, assinale a alternativa que apresenta a conduta inicial mais apropriada.

- (A) Iniciar infusão contínua de insulina regular.
- (B) Administrar insulina regular em bólus intravenoso.
- (C) Iniciar hidratação venosa com solução isotônica.
- (D) Iniciar drogas vasoativas para correção da acidose.
- (E) Administrar bicarbonato de sódio imediatamente.

38

Adolescente do sexo masculino, 13 anos de idade, busca atendimento por dor escrotal intensa de início súbito, há cerca de 3 horas, associada a náuseas e vômitos. Refere ausência de trauma local. Ao exame físico, apresenta-se inquieto, com dor importante à palpação do escroto. Observa-se testículo direito elevado, em posição horizontalizada, endurecido e bastante doloroso, com ausência do reflexo cremastérico ipsilateral. A pele escrotal encontra-se discretamente edemaciada, sem sinais flogísticos importantes. Foi realizada ultrassonografia escrotal com Doppler, que evidencia redução do fluxo sanguíneo no testículo direito, quando comparado ao lado contralateral. Assinale a alternativa que apresenta a conduta mais apropriada neste momento.

- (A) Iniciar antibioticoterapia empírica e analgesia.
- (B) Administrar anti-inflamatório não-esteroidal e manter repouso.
- (C) Manter observação clínica com reavaliação seriada.
- (D) Encaminhar imediatamente ao centro cirúrgico para exploração escrotal.
- (E) Solicitar novo exame de imagem para confirmação diagnóstica.

39

Criança, 9 anos de idade, é atendida no pronto-socorro com história de febre alta há 4 dias, associada a cefaleia, dor retro-orbitária e mialgia intensa. Nas últimas 24 horas, evoluiu com dor abdominal contínua, episódios de vômitos persistentes e importante prostração. A família refere que a febre cedeu parcialmente no dia da admissão. Ao exame físico, observa-se FC de 118 bpm, PA de 96×62 mmHg, tempo de enchimento capilar de 3 segundos. Extremidades frias. Dor à palpação abdominal, sem sinais de peritonite. Sem sangramentos aparentes. Exames laboratoriais iniciais demonstram

hematócrito com aumento de 18% em relação ao valor basal, plaquetas com 85.000/mm³ e leucócitos com 3.200/mm³. Como este caso deve ser classificado e qual é a conduta mais apropriada?

- (A) Dengue com sinais de alerta (Grupo C) – hidratação venosa criteriosa.
- (B) Dengue sem sinais de alerta (Grupo A) – alta hospitalar com hidratação oral.
- (C) Dengue grave (Grupo D) – expansão volêmica agressiva e UTI imediata.
- (D) Dengue sem sinais de alerta (Grupo B) – observação ambulatorial.
- (E) Dengue grave (Grupo D) – transfusão profilática de plaquetas.

40

Menino, 1 ano de idade, previamente hígido, é trazido ao pronto-socorro com crise convulsiva tônico-clônica generalizada iniciada há aproximadamente 12 minutos, sem recuperação do nível de consciência entre os episódios. Não há história de febre, trauma ou uso de medicações. No momento da admissão no pronto-socorro mantém crise convulsiva. Ao exame físico, apresenta FC de 142 bpm, PA de 96×58 mmHg, FR irregular, SpO₂ de 90% em ar ambiente e glicemia capilar de 98 mg/dL. O acesso venoso periférico está disponível. Considerando o quadro clínico apresentado, assinale a alternativa que apresenta a conduta inicial mais apropriada.

- (A) Administrar fenitoína intravenosa como primeira medida.
- (B) Administrar benzodiazepíno intravenoso imediatamente.
- (C) Solicitar tomografia computadorizada de crânio antes do tratamento.
- (D) Iniciar infusão contínua de midazolam apenas após 30 minutos.
- (E) Administrar fenobarbital antes de qualquer outra medicação.

41

Criança, 7 anos de idade, é admitida no pronto-socorro com história de febre alta de início súbito, prostração e surgimento rápido de lesões cutâneas purpúricas, algumas com aspecto petequial e outras extensas, não desaparecendo à digitopressão. Evoluiu, nas primeiras horas de internação, com deterioração clínica progressiva. Após abordagem inicial, foram instituídas as seguintes medidas: Antibioticoterapia intravenosa de amplo espectro, expansão volêmica com 40 mL/kg de solução isotônica e início de noradrenalina em dose crescente. Apesar das medidas, a criança mantém sinais de choque com FC de 156 bpm, PA de 68×38 mmHg, tempo de enchimento capilar de 5 segundos, diurese de < 0,5 mL/kg/h e lactato de 6,2 mmol/L. Considerando a evolução clínica apresentada, qual é a conduta adicional mais apropriada neste momento?

- (A) Realizar nova expansão volêmica com solução isotônica.
- (B) Associar segunda droga vasoativa em dose máxima.
- (C) Iniciar corticoterapia sistêmica.
- (D) Aguardar resposta tardia às medidas já instituídas.
- (E) Suspender vasopressor e otimizar apenas antibiótico.

42

Criança, 4 anos de idade, é levada ao pronto-socorro por sua responsável legal com história de queda da própria altura. Ao exame físico, observam-se hematomas em diferentes estágios de coloração, localizados em dorso e face posterior das coxas, além de escoriações antigas. A criança apresenta comportamento retraído, evita contato visual e chora intensamente durante o exame. A história fornecida é vaga e incompatível com os achados clínicos. Após estabilização clínica e registro detalhado dos achados no prontuário, qual é a conduta burocrática e legal mais apropriada a ser adotada pelo médico assistente?

- (A) Comunicar o caso exclusivamente à direção do hospital.
- (B) Solicitar avaliação psicológica e aguardar confirmação antes de qualquer notificação.
- (C) Notificar o caso aos órgãos competentes, independentemente de confirmação diagnóstica.
- (D) Registrar os achados no prontuário e liberar a criança aos cuidados do responsável.
- (E) Aguardar confirmação pericial.

45

Criança, 6 anos de idade, é admitida no pronto-socorro após picada por escorpião em membro inferior há cerca de 2 horas. Desde o acidente, evoluiu com vômitos repetidos, dor abdominal intensa e agitação. À chegada, encontra-se sudorética, prostrada e com sinais de desidratação limítrofe em decorrência dos episódios eméticos. Ao exame físico e monitorização, observa-se FC de 156 bpm, com extrassístoles ventriculares frequentes ao monitor, PA de 100×62 mmHg, FR de 34 irpm, SpO₂ de 95% em ar ambiente, tempo de enchimento capilar de 3 segundos. Ausculta pulmonar sem estertores no momento. Sudorese intensa e sialorreia. Considerando o manejo adequado desse paciente, assinale a alternativa que apresenta a conduta mais apropriada.

- (A) Iniciar hidratação venosa à 5% e, após estabilização, administrar soro antiescorpiônico.
- (B) Administrar imediatamente 6 ampolas de soro antiescorpiônico, antes da reposição volêmica.
- (C) Administrar 3 ampolas de soro antiescorpiônico e iniciar hidratação venosa simultânea.
- (D) Realizar expansão volêmica com soro fisiológico 20 mL/kg antes do soro antiescorpiônico.
- (E) Iniciar apenas antiemético, analgesia e observação clínica rigorosa.

43

Criança, 5 anos de idade, admitida no pronto-socorro após ingestão de alimento em festa infantil. Minutos após a refeição, iniciou prurido generalizado, surgimento de placas eritemato-urticariformes, edema de lábios e dificuldade respiratória progressiva. Ao exame físico, observa-se FC de 148 bpm, PA de 78×44 mmHg, FR de 36 irpm, SpO₂ de 89% em ar ambiente, ausculta pulmonar com sibilos difusos bilaterais, tempo de enchimento capilar de 4 segundos. Diante do quadro clínico apresentado, assinale a alternativa que apresenta a conduta inicial mais apropriada.

- (A) Administrar anti-histamínico intravenoso.
- (B) Administrar corticosteroide intravenoso.
- (C) Iniciar nebulização com broncodilatador.
- (D) Administrar adrenalina intramuscular imediatamente.
- (E) Administrar volume intravenoso e observar resposta.

46

Menino, 9 anos de idade, admitido no pronto-socorro com história de dor abdominal iniciada em região periumbilical, com migração para fossa ilíaca direita há cerca de 24 horas. Evoluiu com anorexia, náuseas, febre e piora progressiva da dor. Ao exame físico, encontra-se prostrado, com dor intensa à palpação profunda em fossa ilíaca direita, defesa muscular, dor à descompressão brusca e sinal do psoas positivo. Sinais vitais com FC de 118 bpm e temperatura de 38,6 °C. Exames laboratoriais apresentam leucócitos 17.800/mm³, com desvio à esquerda e Proteína C reativa de 9,2 mg/dL. Com base no caso descrito, assinale a alternativa que apresenta a conduta mais apropriada.

- (A) Solicitar ultrassonografia abdominal para confirmação diagnóstica.
- (B) Solicitar tomografia computadorizada de abdome antes de definir conduta.
- (C) Iniciar antibioticoterapia intravenosa e observar resposta clínica.
- (D) Manter analgesia e reavaliar o quadro clínico nas próximas horas.
- (E) Encaminhar imediatamente ao centro cirúrgico para appendicectomia.

44

Lactente, 4 meses vida, é admitido no pronto-socorro com história de coriza e tosse há 3 dias, evoluindo nas últimas horas com dificuldade respiratória progressiva e redução da aceitação alimentar. Não há antecedentes patológicos relevantes. Ao exame físico, observa-se FR de 68 irpm, FC de 162 bpm, SpO₂ de 88% em ar ambiente. Batimento de asas nasais e tiragens subcostais intensas. Ausculta pulmonar com sibilos difusos e estertores finos. Apneias breves relatadas pela mãe. Após início de oxigenoterapia por cateter nasal de alto fluxo, o lactente mantém esforço respiratório importante e dessaturações recorrentes. Considerando a evolução clínica, assinale a alternativa que apresenta a conduta mais apropriada.

- (A) Manter apenas oxigênio e observar evolução.
- (B) Iniciar broncodilatador inalatório em esquema contínuo.
- (C) Iniciar corticosteroide sistêmico.
- (D) Iniciar antibiótico intravenoso.
- (E) Indicar ventilação mecânica invasiva.

47

Criança do sexo masculino, 8 anos de idade, é levado ao pronto-socorro após picada de serpente ocorrida em região rural, há cerca de 3 horas. Desde o acidente, a criança evoluiu com dor local discreta, sonolência progressiva e dificuldade para manter os olhos abertos. Ao exame físico, observa-se FC de 112 bpm, PA de 104×66 mmHg, FR de 22 irpm, SpO₂ de 96% em ar ambiente, ptose palpebral bilateral, oftalmoplegia parcial, força muscular diminuída difusamente, edema local mínimo no local da picada.

- Exames laboratoriais:

CK: 6.800 U/L

Urina: coloração escura, sem hematúria

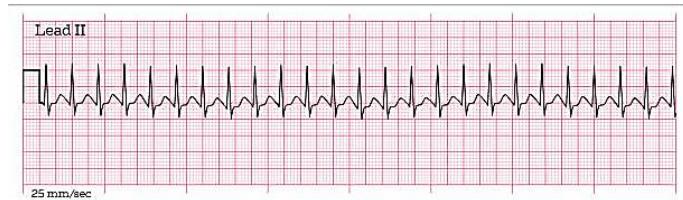
Tempo de coagulação: discretamente prolongado

Considerando o quadro clínico apresentado, assinale a alternativa que apresenta a conduta mais apropriada.

- (A) Iniciar hidratação venosa vigorosa e observar evolução neurológica.
- (B) Administrar soro antibiotrópico em dose plena.
- (C) Administrar soro anticrotálico imediatamente.
- (D) Iniciar antibioticoterapia profilática e analgesia.
- (E) Administrar plasma fresco congelado para correção da coagulopatia.

48

Paciente do sexo masculino, 7 anos de idade, previamente hígido, apresenta febre há 2 dias, com piora do estado geral nas últimas 24 horas. Evoluiu com prostração, palidez cutânea e apatia. Durante avaliação em unidade de emergência, passa a apresentar taquicardia de início súbito. Ao exame, observa-se frequência cardíaca de 220 bpm, pressão arterial de 68×40 mmHg (PAM ≈ 49 mmHg), tempo de enchimento capilar de 4 segundos, extremidades frias e rebaixamento do nível de consciência. A monitorização cardíaca é apresentada no traçado a seguir:



Após abrir as vias áreias, é indicado

- (A) administrar adenosina intravenosa em bólus.
- (B) realizar expansão volêmica com soro fisiológico 5 mL/kg.
- (C) administrar amiodarona intravenosa em infusão rápida.
- (D) realizar cardioversão elétrica sincronizada.
- (E) realizar manobras vagais com gelo em face.

49

Criança de 10 anos de idade, vítima de queda de bicicleta com impacto abdominal contra o guidão. Dá entrada no pronto-socorro consciente, referindo dor abdominal difusa. À admissão, apresenta palidez cutânea, sudorese fria e sinais de má perfusão tecidual. São iniciadas medidas de atendimento com abertura de vias aéreas com imobilização da coluna, oxigênio e realizada expansão volêmica com soro fisiológico 20 mL/kg. Após a infusão do cristaloide, a reavaliação clínica mostra: FC de 148 bpm, PA de 82×46 mmHg (PAM ≈ 58 mmHg), tempo de enchimento capilar de 4 segundos, pulsos periféricos finos, FR de 36 irpm, SpO₂ de 96% em ar ambiente. Abdome distendido, doloroso à palpação profunda, sem sinais de peritonite. Assinale a alternativa que apresenta a conduta mais adequada neste momento.

- (A) Repetir expansão volêmica com soro fisiológico 20 mL/kg.
- (B) Iniciar transfusão de concentrado de hemácias 10 mL/kg.
- (C) Iniciar infusão de drogas vasoativas por acesso venoso central.
- (D) Administrar plasma fresco congelada como primeira medida.
- (E) Associar plasma fresco congelado e iniciar drogas vasoativas.

50

Adolescente do sexo feminino, 14 anos de idade, é admitida no pronto-socorro pela mãe após episódio de ingestão medicamentosa ocorrido há aproximadamente 6 horas. A paciente refere náuseas e dor abdominal leve, sem vômitos persistentes. Nega outras queixas. Não há relato de uso crônico de medicações. Ao exame físico, encontra-se consciente, orientada, com sinais vitais estáveis. Exames iniciais mostram FC de 88 bpm, PA de 110×70 mmHg, FR de 16 irpm, TGO/AST de 52 U/L e TGP/ALT de 48 U/L. A dosagem sérica de paracetamol, coletada no momento da avaliação, encontra-se acima da linha de tratamento no nomograma de Rumack-Matthew. Considerando o quadro clínico apresentado, assinale a alternativa que apresenta a conduta mais apropriada.

- (A) Observar clinicamente e repetir enzimas hepáticas em 24 horas.
- (B) Administrar carvão ativado isoladamente.
- (C) Iniciar N-acetilcisteína imediatamente.
- (D) Administrar bicarbonato de sódio para correção metabólica.
- (E) Aguardar surgimento de elevação importante de transaminases.

