Publicado em
10/04/2026

HOSPITAL DE CLÍNICAS
PORTO ALEGRE RS

EDITAL Nº 01/2026
DE PROCESSOS SELETIVOS

GABARITO APÓS RECURSO

PROCESSO SELETIVO 11

MÉDICO I
(Pediatria)

01.	C
02.	B
03.	B
04.	B
05.	C
06.	E
07.	C
08.	D
09.	E
10.	C

11.	B
12.	B
13.	B
14.	A
15.	C
16.	ANULADA
17.	E
18.	C
19.	B
20.	C

21.	A
22.	C
23.	B
24.	A
25.	C

HOSPITAL DE CLÍNICAS
PORTO ALEGRE RS

CADERNO DE QUESTÕES

EDITAL Nº 01/2026
DE PROCESSOS SELETIVOS (PS)

Cargo de Nível Superior — **PS 11**

MÉDICO I
(Pediatria)

MATÉRIA	QUESTÕES	PONTUAÇÃO
Conhecimentos Específicos	01 a 25	0,40 cada

ATENÇÃO

Transcreva no espaço apropriado da sua FOLHA DE RESPOSTAS (Folha Óptica), com sua caligrafia usual, considerando as letras maiúsculas e minúsculas, a seguinte frase:

A palavra é prata, o silêncio é ouro.

Nome do Candidato: _____

Inscrição nº: ___ ___ ___ ___ ___ ___ – ___

DIREITOS AUTORAIS RESERVADOS. PROIBIDA A REPRODUÇÃO, AINDA QUE PARCIAL, SEM A PRÉVIA AUTORIZAÇÃO DA FAURGS E DO HCPA.

FAURGS
Fundação de Apoio da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

SISTEMA DE GESTÃO DE QUALIDADE FAURGS SETOR DE CONCURSOS

SISTEMA DE GESTÃO DE SEGURANÇA DA INFORMAÇÃO FAURGS SETOR DE CONCURSOS

INSTRUÇÕES

FAURGS
Fundação de Apoio da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

1. Verifique se este CADERNO DE QUESTÕES corresponde ao Processo Seletivo para o qual você está inscrito. Caso não corresponda, solicite ao Fiscal da sala que o substitua.

2. Esta PROVA consta de **25** (vinte e cinco) questões objetivas.

3. Caso o CADERNO DE QUESTÕES esteja incompleto ou apresente qualquer defeito, solicite ao Fiscal da sala que o substitua.

4. Para cada questão objetiva, existe apenas **uma** (1) alternativa correta, a qual deverá ser assinalada na FOLHA DE RESPOSTAS.

5. O candidato que comparecer para realizar a prova **não deverá, sob pena de ser excluído do certame**, **portar relógios,** armas, malas, livros, máquinas calculadoras, fones de ouvido, gravadores, *pagers*, *notebooks*, **telefones celulares**, *pen drives* ou quaisquer outros tipos de aparelhos eletrônicos, nem utilizar véus, bonés, chapéus, gorros, mantas, lenços, aparelhos/próteses auditivas, óculos escuros, ou qualquer outro adereço que lhes cubra a cabeça, o pescoço, os olhos, os ouvidos ou parte do rosto, **exceto em situações autorizadas pela Comissão do Concurso e/ou em situações determinadas em lei.** (conforme subitem 7.10 do Edital de Abertura)

6. **É de inteira responsabilidade do candidato comparecer ao local de prova munido de caneta esferográfica, preferencialmente de tinta azul, de escrita grossa, para a adequada realização de sua Prova Escrita. Não será permitido o uso de lápis, marca-textos, réguas, lapiseiras/grafites e/ou borrachas durante a realização da prova.** (conforme subitem 7.15.2 do Edital de Abertura)

7. Não será permitida nenhuma espécie de consulta em livros, códigos, revistas, folhetos ou anotações, nem o uso de instrumentos de cálculo ou outros instrumentos eletrônicos, exceto nos casos em que forem pré-estabelecidos no item 13 do Edital. (conforme subitem 7.15.3 do Edital de Abertura)

8. Preencha com cuidado a FOLHA DE RESPOSTAS, evitando rasuras. Eventuais marcas feitas nessa FOLHA a partir do número **26** serão desconsideradas.

9. Ao terminar a prova, entregue a FOLHA DE RESPOSTAS ao Fiscal da sala.

10. A duração da prova é de **duas horas e trinta minutos (2h30min)**, já incluído o tempo destinado ao preenchimento da FOLHA DE RESPOSTAS. Ao final desse prazo, a FOLHA DE RESPOSTAS será **imediatamente** recolhida.

11. **O candidato somente poderá se retirar da sala de prova uma hora (1h) após o seu início. Se quiser levar o Caderno de Questões da Prova Escrita, o candidato somente poderá se retirar da sala de prova uma hora e meia (1h30min) após o início. O candidato não poderá anotar/copiar o gabarito de suas respostas de prova.**

12. **Após concluir a prova e se retirar da sala, o candidato somente poderá utilizar os sanitários nas dependências do local de prova se for autorizado pela Coordenação do Prédio e se estiver acompanhado de um fiscal.** (conforme subitem 7.15.6 do Edital de Abertura)

13. Ao concluir a Prova Escrita, o candidato deverá devolver ao fiscal da sala a Folha de Respostas (Folha Óptica). Se assim não proceder, será excluído do Processo Seletivo. (conforme subitem 7.15.8 do Edital de Abertura)

14. A desobediência a qualquer uma das recomendações constantes nas presentes instruções poderá implicar a anulação da prova do candidato.

HOSPITAL DE CLÍNICAS
PORTO ALEGRE RS

Boa prova!

01. Lactente de 9 meses, previamente hígido, é admitido na enfermaria pediátrica com história de episódios súbitos de choro intenso, intercalados com períodos de aparente melhora, associados a vômitos não biliosos nas últimas 12 horas. A mãe refere diminuição da aceitação alimentar e um episódio de fezes com muco e estrias de sangue. Ao exame físico: afebril, hemodinamicamente estável, abdome levemente distendido, doloroso à palpação profunda em quadrante superior direito, sem sinais de peritonite. Qual é a melhor abordagem diagnóstica e terapêutica inicial para esse paciente?

(A) Solicitar radiografia simples de abdome como exame de escolha e indicar laparotomia exploradora imediata.

(B) Solicitar tomografia computadorizada de abdome com contraste e encaminhar para tratamento cirúrgico.

(C) Solicitar ecografia abdominal como exame inicial e, sendo confirmada a suspeita, indicar enema terapêutico como primeira opção, desde que o paciente permaneça estável clinicamente.

(D) Iniciar antibioticoterapia empírica e observação clínica, reservando exames de imagem apenas se houver piora.

(E) Solicitar ecografia abdominal apenas após falha do tratamento cirúrgico inicial.

02. Menino de 7 anos foi internado há 4 meses por colite pseudomembranosa associada ao uso prévio de antibiótico de amplo espectro, com diagnóstico confirmado por teste de toxina para *Clostridioides difficile*. Evoluiu com melhora clínica completa após tratamento adequado. Retorna agora com diarreia aquosa há 3 dias, dor abdominal difusa e febre baixa. Não fez uso de antibióticos nas últimas 6 semanas. Ao exame: hemodinamicamente estável, abdome flácido, doloroso à palpação difusa, sem sinais de peritonite. Considerando a possibilidade de recidiva da colite pseudomembranosa, assinale a alternativa correta.

(A) A recorrência é rara em pediatria (<5%) e, após tratamento prévio bem-sucedido, novos sintomas, meses depois, sugerem outra etiologia infecciosa.

(B) A persistência de esporos do *C. difficile* no trato gastrointestinal pode ocorrer por até 12 meses, e a taxa de recidiva pode variar entre 10% e 50%, mesmo sem novo uso recente de antibióticos.

(C) A recidiva ocorre apenas nas primeiras 2 semanas após o término do tratamento inicial, sendo improvável após 3 meses.

(D) A confirmação diagnóstica de recidiva exige obrigatoriamente colonoscopia com visualização de pseudomembranas.

(E) Em casos suspeitos de recidiva, o tratamento cirúrgico deve ser considerado precocemente, mesmo em pacientes estáveis.

03. Menino de 5 anos, previamente hígido, é admitido na unidade de internação pediátrica com história de vômitos, mal-estar e icterícia progressiva há 5 dias, associados, nas últimas 24 horas, a sonolência e irritabilidade. Não há história prévia de hepatopatia. Ao exame físico: icterícia ++/4, fígado palpável a 2 cm do rebordo costal, sem sinais de ascite, pressão arterial normal. Exames laboratoriais mostram: AST 2.350 U/L, ALT 2.980 U/L, bilirrubina total 8,2 mg/dL (direta 5,6 mg/dL), INR 2,3, glicemia 58 mg/dL, amônia elevada. Qual afirmativa está correta em relação ao diagnóstico e à conduta inicial?

(A) O diagnóstico de insuficiência hepática aguda exige obrigatoriamente a presença de encefalopatia hepática clínica.

(B) A presença de INR ≥ 2 após correção de hipoglicemia e vitamina K, em paciente sem doença hepática prévia, é suficiente para caracterizar insuficiência hepática aguda.

(C) A elevação importante de transaminases, isoladamente, define insuficiência hepática aguda e dispensa avaliação da coagulação.

(D) O tratamento inicial deve priorizar corticoterapia sistêmica, independentemente da etiologia.

(E) Pacientes pediátricos com suspeita de insuficiência hepática aguda podem ser manejados exclusivamente em enfermaria, sem necessidade de avaliação para transplante hepático.

04. Menino de 5 anos, portador de cirrose hepática secundária a atresia de vias biliares, encontra-se em lista para transplante hepático. É admitido na unidade de internação pediátrica com hematêmese volumosa e melena, iniciadas há cerca de 1 hora. Ao exame: consciente, pálido, taquicárdico, pressão arterial no limite inferior para a idade, ascite leve e esplenomegalia. Exames laboratoriais mostram hemoglobina de 7,2 g/dL, plaquetas 62.000/mm³ e INR 2,0. Qual é a conduta inicial mais adequada?

(A) Aguardar estabilização clínica completa antes de qualquer intervenção endoscópica ou medicamentosa.

(B) Realizar reposição volêmica criteriosa, iniciar droga vasoativa (ex.: octreotídeo) e indicar endoscopia digestiva alta precoce para tratamento das varizes após estabilização inicial.

(C) Corrigir rotineiramente a coagulopatia com plasma fresco congelado e plaquetas antes de qualquer outra medida.

(D) Transfundir concentrado de hemácias visando a manter hemoglobina ≥ 11 g/dL como principal objetivo inicial.

(E) Indicar derivação portossistêmica cirúrgica de urgência como primeira linha terapêutica.

05. Um lactente de 7 meses, previamente hígido, é admitido com letargia, vômitos e recusa alimentar há 12 horas após quadro viral. Ao exame: sonolento, hipoperfundido leve, sem sinais meníngeos. Gasometria: pH 7,12; HCO_3^- 10 mEq/L. Amônia: 220 µmol/L. Glicemia: 62 mg/dL. Suspeita-se de emergência metabólica por erro inato do metabolismo sem diagnóstico etiológico definido.
Qual é a melhor conduta inicial para um paciente hemodinamicamente estável nesse contexto?

(A) Iniciar solução isotônica sem glicose e aguardar confirmação diagnóstica para evitar "iatrogenia metabólica".

(B) Suspender toda infusão venosa para reduzir risco de sobrecarga e tratar apenas com oxigênio e aquecimento.

(C) Iniciar infusão venosa de glicose para reduzir catabolismo e, concomitantemente, corrigir prontamente hipoglicemia, acidose metabólica e hiperamonemia enquanto se define o diagnóstico.

(D) Priorizar reposição de bicarbonato em *bolus* como única medida imediata; glicose deve ser evitada pelo risco de hiperglicemia.

(E) Administrar apenas dieta enteral fracionada e observar resposta clínica nas próximas 6-8 horas.

06. Menino de 4 anos, previamente hígido, é admitido na emergência com crise convulsiva tônico-clônica generalizada contínua, iniciada em domicílio há aproximadamente 45 minutos, sem recuperação do nível de consciência. Durante o atendimento inicial hospitalar, recebeu duas doses adequadas de diazepam intravenoso, sem cessação da crise. Ao exame: vias aéreas pérvias, $SatO_2$ 97% sob oxigênio suplementar, acesso venoso calibroso funcionante, glicemia capilar normal. Considerando o manejo agudo do estado de mal epiléptico convulsivo em pediatria, assinale a alternativa correta.

(A) Pelo tempo prolongado de crise (>30–45 minutos), deve-se iniciar imediatamente midazolam intravenoso em infusão contínua.

(B) Deve-se administrar novas doses de diazepam intravenoso até cessar a crise, mesmo após duas doses adequadas.

(C) Após 45 minutos de crise contínua, a sequência terapêutica deixa de ser relevante, devendo-se priorizar exclusivamente suporte ventilatório.

(D) A ausência de resposta após duas doses de benzodiazepínico define estado de mal epiléptico refratário, sendo indicada intubação orotraqueal imediata com sedação contínua, sem necessidade de outras medicações antiepilépticas.

(E) Deve-se administrar uma droga antiepiléptica de segunda linha (ex.: fenitoína/fosfenitoína, valproato ou levetiracetam) antes de avançar para a fase de infusão contínua de sedativos.

07. Menina de 6 anos, previamente hígida, com esquema vacinal adequado para a idade, é admitida na unidade de internação pediátrica com febre alta há 48 horas, cefaleia intensa, vômitos e sonolência progressiva. Foi avaliada em pronto atendimento externo 12 horas antes, onde recebeu uma dose de ceftriaxona intravenosa, sendo então transferida. Ao exame: Glasgow 13, rigidez de nuca presente, sem déficits focais, sem sinais clínicos de hipertensão intracraniana. Hemodinamicamente estável. Não há história conhecida de contato com tuberculose.

Punção lombar realizada na admissão revelou:
- Aspecto: discretamente turvo
- Leucócitos: 420 células/mm³ (70% neutrófilos)
- Proteína: 135 mg/dL
- Glicose: 38 mg/dL (glicemia sérica 92 mg/dL)
- Gram: resultado negativo

Sobre esse caso, assinale a alternativa correta.

(A) O quadro é mais compatível com meningite tuberculosa, uma vez que a hipoglicorraquia e a proteína elevada são achados característicos, devendo-se iniciar esquema antituberculose.

(B) A antibioticoterapia prévia invalida a interpretação do liquor, sendo recomendada suspensão dos antibióticos até definição etiológica por cultura ou PCR.

(C) Trata-se possivelmente de meningite bacteriana parcialmente tratada; deve-se manter ceftriaxona intravenosa, mesmo com gram com resultado negativo, ajustando posteriormente conforme evolução clínica e resultados microbiológicos.

(D) Em crianças imunizadas, o espectro etiológico esperado passa a incluir predominantemente *Listeria monocytogenes, Staphylococcus aureus* e bacilos gram-negativos, sendo indicada a ampliação empírica do esquema com ampicilina e oxacilina.

(E) A relação glicose do liquor/glicemia sérica perde valor diagnóstico após antibioticoterapia prévia, não devendo ser utilizada na diferenciação etiológica.

08. Menina de 7 anos, portadora de doença genética neurodegenerativa progressiva, sem possibilidade de tratamento modificador da doença, encontra-se em seguimento multiprofissional. Apresenta perda funcional progressiva, dependência para todas as atividades, disfagia com necessidade de gastrostomia e internações recorrentes por insuficiência respiratória, algumas com necessidade de ventilação mecânica invasiva. Durante a atual internação, evolui com pneumonia grave, importante desconforto respiratório e sofrimento refratário, apesar do tratamento adequado. A equipe discute com a família a possibilidade de limitação de medidas de suporte invasivo e introdução formal de cuidados paliativos. Sobre este caso, assinale a alternativa correta.

(A) Os cuidados paliativos pediátricos devem ser instituídos preferencialmente em situações de terminalidade estabelecida, podendo ser considerados antes desse momento apenas em caráter excepcional e temporário.

(B) A decisão de limitar medidas de suporte invasivo é aceitável apenas quando há consenso unânime entre equipe e família quanto à irreversibilidade do quadro clínico, devendo ser evitada na presença de qualquer incerteza prognóstica.

(C) A introdução de cuidados paliativos implica redefinição dos objetivos terapêuticos, sendo recomendável a suspensão de intervenções potencialmente curativas ou de prolongamento da vida, com foco exclusivo no conforto.

(D) A limitação proporcional de medidas de suporte, associada à introdução de cuidados paliativos, é eticamente adequada em crianças com doenças ameaçadoras ou limitantes da vida, quando há sofrimento significativo e ausência de benefício esperado, devendo resultar de processo contínuo de decisão compartilhada com a família, com reavaliações periódicas dos objetivos de cuidado.

(E) Em pediatria, embora a família deva ser informada de forma clara e contínua, a definição final dos objetivos de cuidado e dos limites terapêuticos cabe prioritariamente à equipe médica, com base em critérios técnicos, prognósticos e de proporcionalidade, cabendo à família participação predominantemente consultiva.

09. Durante a internação hospitalar de um paciente com condição crônica complexa, a equipe de saúde enfrenta dificuldades relacionadas à definição de prioridades terapêuticas, à comunicação com a família e ao uso responsável de recursos assistenciais. Diante desse cenário, discute-se como alinhar a prática clínica aos valores profissionais da medicina e, ao mesmo tempo, aprimorar a atuação coletiva da equipe. Considerando princípios contemporâneos de profissionalismo médico e organização do trabalho em saúde, assinale a alternativa correta.

(A) A preservação do bem-estar do paciente exige que o médico mantenha autonomia decisória plena, podendo sobrepor-se às deliberações coletivas da equipe sempre que identificar riscos à qualidade técnica do cuidado.

(B) A atuação colaborativa entre profissionais tem relevância predominantemente operacional, enquanto as obrigações éticas e profissionais do médico se restringem à relação individual estabelecida com o paciente.

(C) O respeito à autonomia do paciente implica que as decisões clínicas devam ser tomadas exclusivamente a partir das preferências individuais expressas, independentemente da avaliação técnica da equipe ou de considerações coletivas sobre qualidade e equidade do cuidado.

(D) O compromisso com a justiça e o uso responsável de recursos devem orientar políticas institucionais e decisões em nível sistêmico, não sendo determinantes para as decisões clínicas tomadas no cotidiano assistencial.

(E) A qualidade do cuidado e a manutenção da confiança social na medicina dependem tanto da competência individual quanto de formas coletivas de atuação, baseadas em comunicação efetiva, corresponsabilização profissional e compromisso com o interesse do paciente e da sociedade.

10. Uma lactente de 8 meses internada por bronquiolite grave em cânula nasal de alto fluxo evolui com queda progressiva da frequência cardíaca, má perfusão, hipoxemia e rebaixamento do sensório e, finalmente, ausência de pulso. O monitor mostra ritmo de bradicardia que rapidamente evolui para assistolia. Qual é a conduta inicial correta?

(A) Administrar atropina devido ao início da bradicardia.

(B) Confirmar o ritmo antes de iniciar compressões.

(C) Iniciar compressões imediatamente + adrenalina EV ou IO assim que possível.

(D) Ventilar por 2 minutos antes de iniciar compressões.

(E) Aplicar um choque inicial de baixa energia.

11. Criança de 6 anos com cardiopatia congênita evolui com perda súbita de pulso; o monitor mostra taquicardia ventricular rápida. Após o primeiro choque (2 j/kg), não há mudança significativa do ritmo. Qual é a próxima conduta neste caso?

(A) Administrar epinefrina antes de retomar compressões.
(B) Retomar compressões imediatamente por 2 minutos.
(C) Aplicar um segundo choque (4 j/kg) imediatamente, antes das compressões.
(D) Administrar amiodarona antes do segundo choque.
(E) Ventilar por 1 minuto antes de retomar compressões.

12. Adolescente de 13 anos, após fase aguda do tratamento da cetoacidose diabética (acidose em melhora, glicemia controlada), apresenta potássio de 2,7 mEq/L, fraqueza e ondas U no eletrocardiograma. O acesso periférico é adequado. Qual é a melhor conduta neste caso?

(A) Reposição de K+ exclusivamente oral.
(B) Reposição intravenosa lenta de K+ em soro fisiológico.
(C) Administração de gluconato de cálcio antes do K+.
(D) Reposição com solução glicosada (acelera captação intracelular de K+).
(E) Reposição intravenosa de K+ rápida em *bolus*.

13. Criança de 4 anos com síndrome da secreção inapropriada de hormônio antidiurético, secundária a pneumonia, apresenta Na+ de 122 mEq/L, mas está neurologicamente normal.

Neste caso, qual é a conduta correta?

(A) Solução salina a 3% em correção rápida inicial.
(B) Restrição hídrica (50-70% das necessidades) e solução isotônica.
(C) Solução salina hipertônica contínua até normalização.
(D) Diurético de alça para acelerar correção do Na+.
(E) Suspensão de líquidos até normalização do Na+.

14. Menino de 7 anos com crise asmática grave, após 2 resgates com broncodilatador, corticoide sistêmico e sulfato de magnésio, mantém esforço respiratório importante e pCO_2 normal-alta. Qual é a próxima conduta neste caso?

(A) Iniciar ventilação não invasiva em ambiente monitorado.
(B) Introduzir teofilina intravenosa em infusão lenta.
(C) Repetir sulfato de magnésio em infusão lenta.
(D) Aumentar dose do corticoide sistêmico.
(E) Manter broncodilatador de hora em hora associado a brometo de ipratrópio de 4/4 horas.

15. Lactente de 2 meses com bronquiolite em cânula nasal de alto fluxo – CNAF (2 L/kg/min) evolui com hipercapnia progressiva (crescente) e sinais de fadiga respiratória. Qual é a próxima conduta neste caso?

(A) Aumentar o fluxo da CNAF (máximo 15 L/min).
(B) Testar broncodilatador inalado antes de outra conduta.
(C) Iniciar CPAP ou Bi-level.
(D) Administrar corticoide sistêmico.
(E) Solicitar radiografia de tórax.

16. Criança de 7 anos, no pós-operatório de apendicite com peritonite, apresenta febre persistente e ecografia abdominal com coleção de 5 centímetros. Qual seria a conduta mais adequada neste caso?

(A) Observar 48 horas.
(B) Ampliar espectro antibiótico apenas.
(C) Efetuar drenagem percutânea guiada por imagem.
(D) Indicar reabordagem cirúrgica imediata.
(E) Solicitar tomografia computadorizada antes de agir.

17. Criança de 12 anos no pós-operatório de fratura de fêmur apresenta insuficiência respiratória, confusão leve e petéquias. Qual é o diagnóstico mais provável deste caso?

(A) Pneumonia nosocomial.
(B) Tromboembolia pulmonar.
(C) Efeito adverso de opioide.
(D) Atelectasia lobar.
(E) Síndrome da embolia gordurosa.

18. Menino de 11 anos, previamente hígido, procura atendimento por febre diária há 3 semanas, emagrecimento, dor óssea difusa e astenia. Evoluiu, nas últimas 48 horas, com oligúria e náuseas. Exame físico: palidez +++, taquicardia, FR 28 irpm, PA limítrofe, linfonodomegalias cervicais, fígado a 4 cm do RCD, baço palpável. Exames laboratoriais: Hb: 6,5 g/dL, leucócitos: 140.000/mm³ (72% blastos), plaquetas: 18.000/mm³, DHL: 2.300 U/L, ácido úrico: 11,2 mg/dL, fósforo: 7,4 mg/dL, cálcio: 6,9 mg/dL, creatinina: 1,8 mg/dL, potássio: 5,9 mEq/L.
A prioridade absoluta nas primeiras horas de manejo deste caso é

(A) transfusão imediata de concentrado de hemácias.
(B) punção lombar para estadiamento.
(C) hidratação venosa agressiva e rasburicase.
(D) início imediato de quimioterapia citotóxica.
(E) leucaférese de urgência.

19. Menina de 10 anos, portadora de doença renal crônica estágio 4, é internada com quadro clínico de cefaleia intensa, náuseas, vômitos e crise convulsiva tônico-clônica generalizada. Exame físico: PA: 170/110 mmHg (> percentil 99 + 5 mmHg para idade e estatura), FC: 98 bpm, edema periorbitário ++, Glasgow 12. Exames laboratoriais: ureia: 148 mg/dL, creatinina: 3,6 mg/dL, potássio: 5,4 mEq/L, sódio: 130 mEq/L. TC de crânio: sem lesões expansivas ou hemorragia. Qual é a hipótese diagnóstica mais provável e a conduta inicial mais adequada neste caso?

(A) Edema cerebral urêmico → indicar restrição hídrica rigorosa e observação clínica.
(B) Encefalopatia hipertensiva → iniciar redução controlada da pressão arterial com anti-hipertensivo intravenoso.
(C) Hiponatremia sintomática → iniciar correção rápida com solução salina hipertônica.
(D) Intoxicação urêmica → iniciar hemodiálise de urgência isoladamente.
(E) Trombose de seio venoso → solicitar angiotomografia com contraste.

20. Menina de 10 anos é internada com quadro clínico de febre diária há 7 semanas, artrite, rash evanescente. Evolui com: plaquetas: 75.000/mm³, ferritina: 22.000 ng/mL, TGO/TGP elevadas, fibrinogênio baixo. Qual alternativa apresenta o diagnóstico e a conduta adequados neste caso?

(A) Sepse grave – iniciar antibiótico de amplo espectro.
(B) Lúpus eritematoso sistêmico – prescrever metotrexato.
(C) Síndrome de ativação macrofágica – iniciar pulsoterapia com corticoide intravenoso.
(D) Febre reumática – iniciar AINE em dose máxima.
(E) Kawasaki incompleta – manter observação clínica.

21. Dois pacientes com anemia falciforme precisam de leito na UTIP. Paciente A: 8 anos, crise torácica, SpO_2 85% em O_2 alto fluxo, bilirrubina 6 mg/dL. Paciente B: 12 anos, priapismo há 4 horas associado à dor óssea intensa, SpO_2 96%. Qual paciente tem prioridade absoluta para UTI?

(A) Paciente A, pela hipoxemia refratária.
(B) Paciente B, pelo risco de necrose tecidual e/ou disfunção erétil permanente.
(C) Não há prioridade absoluta, pois ambos são emergências.
(D) Não há prioridade absoluta, pois ambos podem ser manejados em enfermaria monitorizada.
(E) Priorizar o mais jovem.

22. Menino de 6 anos, previamente hígido (ASA I), internado em enfermaria pediátrica para tratamento de pneumonia bacteriana em melhora clínica, necessita de punção lombar para esclarecimento diagnóstico diante de persistência de febre e alteração do nível de consciência nas últimas horas. Encontra-se em jejum adequado, sem sinais de insuficiência respiratória, saturando 97% em ar ambiente. Exame físico: FC 104 bpm, FR 22 irpm, PA 100/65 mmHg, Glasgow 14, sem alterações anatômicas de via aérea. A enfermaria dispõe de: oxigênio, aspirador, oxímetro de pulso, monitor multiparamétrico portátil, carrinho de emergência completo, médico pediatra treinado em sedação e manejo de via aérea. Neste caso, qual é a conduta mais adequada em relação à sedoanalgesia procedimental?

(A) Realizar o procedimento sem analgesia, apenas com contenção física.
(B) Administrar midazolam EV isolado, por se tratar de procedimento rápido.
(C) Realizar sedoanalgesia com cetamina EV, com monitorização contínua.
(D) Encaminhar ao centro cirúrgico para anestesia geral.
(E) Contraindicar sedação fora da UTI pediátrica.

23. Menino de 4 anos, residente em Porto Alegre, é internado por febre diária há 5 semanas, perda ponderal importante, anorexia e prostração progressiva. Apresenta história de infecções respiratórias recorrentes no último mês. Exame físico: pálido, emagrecido, FC 128 bpm, FR 28 irpm, PA normal. Abdome globoso, com hepatoesplenomegalia volumosa (baço palpável a 8 cm do RCE). Sem linfadenomegalia significativa. Exames laboratoriais: hemoglobina: 7,6 g/dL, leucócitos: 2.300/mm³, plaquetas: 85.000/mm³, PCR: 9,2 mg/dL, albumina: 2,6 g/dL, sorologia rK39: positiva, aspirado de medula óssea: ainda não realizado. Qual é a conduta mais adequada neste momento?

(A) Aguardar confirmação parasitológica antes de iniciar tratamento.
(B) Iniciar anfotericina B lipossomal imediatamente.
(C) Tratar com antibiótico de amplo espectro e reavaliar.
(D) Iniciar corticoterapia sistêmica para hiperesplenismo.
(E) Realizar esplenectomia terapêutica.

24. Menina de 9 anos, previamente hígida, é admitida com palidez intensa, equimoses espontâneas e alteração do nível de consciência há 24 horas. Familiares negam episódios prévios de diarreia, infecção recente ou uso de medicamentos. Exame físico: PA 105/68 mmHg, FC 122 bpm, Glasgow 12, sem sinais de desidratação, sem edema, sem hepatoesplenomegalia. Exames laboratoriais: hemoglobina: 7,8 g/dL, plaquetas: 34.000/mm³, LDH: 2.600 U/L, bilirrubina indireta: elevada, reticulócitos: aumentados, creatinina: 1,2 mg/dL, urina I: hematúria microscópica discreta, Coombs direto: negativo, esfregaço periférico: esquizócitos (+++). Qual é a associação correta entre o diagnóstico mais provável e a conduta inicial imediata neste caso?

(A) Microangiopatia trombótica por deficiência de ADAMTS13 – iniciar plasmaférese urgente.
(B) Síndrome hemolítico-urêmica atípica – iniciar eculizumabe imediato.
(C) Síndrome hemolítico-urêmica típica – iniciar tratamento de suporte clínico.
(D) Coagulação intravascular disseminada – iniciar heparinização sistêmica.
(E) Púrpura trombocitopênica imune – aplicar imunoglobulina intravenosa.

25. Menina de 10 anos, previamente hígida, internada em enfermaria pediátrica após laparotomia por apendicite perfurada, encontra-se no 2º dia pós-operatório, com queixa de dor abdominal intensa, refratária ao esquema analgésico prescrito.
Esquema atual:
- Dipirona EV 20 mg/kg a cada 6 horas.
- Paracetamol VO 15 mg/kg a cada 6 horas.

Avaliação clínica: escala numérica da dor: 8/10, FC 128 bpm, PA 105/60 mmHg, respiração superficial por dor, ferida operatória sem sinais infecciosos, funções renal e hepática normais.

Qual é a conduta analgésica mais adequada neste momento?

(A) Manter esquema atual e orientar medidas não farmacológicas.
(B) Introduzir anti-inflamatório não esteroidal (AINE) isoladamente e suspender os demais analgésicos.
(C) Associar opioide intravenoso em esquema titulado, mantendo analgesia multimodal.
(D) Iniciar benzodiazepínico para reduzir ansiedade.
(E) Solicitar avaliação da dor apenas após retirada dos drenos.