

# ÁREAS DA PEDIATRIA

## Instruções para a realização da prova

- Esta prova é composta de 80 questões de **múltipla escolha**. Para cada questão, há 4 alternativas, devendo ser marcada apenas uma.
- Assine a folha de respostas com caneta esferográfica preta e transcreva para essa folha as respostas escolhidas.
- Ao marcar o item correto, preencha completamente o campo correspondente, utilizando caneta esferográfica **preta**.
- Não deixe nenhuma das questões em branco na folha de respostas.
- A duração total da prova é de 4 horas. **NÃO** haverá tempo adicional para transcrição de gabarito.
- Você somente poderá deixar a sala após 2h do início da prova, podendo levar consigo **APENAS** o **CONTROLE DE RESPOSTAS DO CANDIDATO** e a **DECLARAÇÃO DE PRESENÇA** (abaixo).

RESIDÊNCIA MÉDICA 2024 – 1ª FASE  
ÁREAS DA PEDIATRIA

### CONTROLE DE RESPOSTAS DO CANDIDATO

1		11		21		31		41		51		61		71	
2		12		22		32		42		52		62		72	
3		13		23		33		43		53		63		73	
4		14		24		34		44		54		64		74	
5		15		25		35		45		55		65		75	
6		16		26		36		46		56		66		76	
7		17		27		37		47		57		67		77	
8		18		28		38		48		58		68		78	
9		19		29		39		49		59		69		79	
10		20		30		40		50		60		70		80	

**RASCUNHO**

1. Um recém-nascido que pesou 3000g ao nascer tem estimativa da idade gestacional de 38 semanas e está agora com 48 horas de vida. No cartão de pré-natal de sua mãe encontramos um VDRL positivo (título igual a 1:16), no segundo trimestre da gravidez. **A CONDUTA É VERIFICAR:**

- A história de tratamento antes ou durante a gestação e considerar que a sífilis materna foi tratada adequadamente se o título do VDRL materno no parto for duas vezes inferior ao do pré-natal.
- O VDRL do recém-nascido e considerá-lo de baixo risco para a sífilis se o resultado for 1:4 ou menos.
- A história de tratamento antes ou durante a gestação e considerar que a sífilis materna foi tratada adequadamente se o título do VDRL materno no parto for quatro vezes inferior ao do pré-natal.
- Os resultados do VDRL, radiograma de ossos longos e exame do liquor do recém-nascido.

2. **EM RELAÇÃO À ICTERÍCIA NO PERÍODO NEONATAL, ASSINALE A AFIRMAÇÃO INCORRETA:**

- A icterícia por predomínio de bilirrubina indireta é comum em recém-nascidos.
- A hiperbilirrubinemia direta traduz doença hepatocelular ou biliar e necessita investigação urgente.
- Como a icterícia é comumente observada em recém-nascidos, não é raro que seja pouco valorizada, o que contribui para o encaminhamento tardio do paciente com colestase.
- Na avaliação clínica da colestase, a presença de acolia fecal tem importância se for de aparecimento precoce.

3. Menina, 2 meses, é trazida à Emergência com história de choro com início súbito acompanhado de palidez e cianose labial. Mãe refere ter feito uso de fenilefrina gotas devido a quadro de resfriado sem história de febre. Exame físico: FC=210bpm; pulsos finos; extremidades frias; coração: sem sopros; pulmões e abdome sem alterações. Após estabelecer acesso venoso e ofertar oxigênio, foi realizada adenosina endovenosa (2 doses). Eletrocardiograma antes e após uso da adenosina:



Dez minutos após segunda dose de adenosina, a criança evoluiu com desconforto respiratório, sinais de choque e FC=220bpm. **A CONDUTA É:**

- Cardioversão sincronizada.
- Desfibrilação.
- Repetir a adenosina.
- Amiodarona em bolus.

4. Menina, 9 anos, é trazida para consulta de rotina. Refere que tem asma e está há dois anos sem sintomas. Faz uso de formoterol 12mcg e budesonida 400mcg duas vezes por dia, na forma de pó seco inalatório. Dorme bem, não tem tosse noturna. Exame físico: bom estado geral; saturação de oxigênio=97% (ar ambiente); pulmões: murmúrio vesicular presente sem ruídos adventícios; IMC=32kg/m<sup>2</sup>. Como a paciente está muito bem, a mãe solicita retirada da medicação. Uma espirometria foi realizada no dia da consulta, cujo resultado é o seguinte:

	Valores pré BD			Valores pós BD		
	PRE	Predito	% previsto	POS	% previsto	Variação (%)
VEF1	1,92	3,69	52	2,22	60	16
CVF	2,40	3,85	62,3	2,84	74	12
VEF1/CFV	75%	95,9	79	78,3	88	
FEF25-75	1,55	3,95	39	2,03	51	31

BD:broncodilatador; VEF1:volume expiratório no primeiro segundo; CVF:capacidade vital forçada; FEF25-75:Fluxo Expiratório Forçado entre 25 -75% da CVF; %:porcentagem.

#### **A CONDUTA É:**

- Você concorda com a mãe, orienta a suspensão dos medicamentos diminuindo progressivamente a dosagem e com alta ambulatorial.
- Você discorda da mãe, orienta manter a medicação e associa montelucaste uma vez ao dia. Repete a espirometria em três meses.
- Você discorda da mãe, mantém a medicação e solicita retorno em três meses com nova espirometria.
- Você concorda com a mãe, orienta para redução gradual do medicamento e tomografia de tórax para ver se tem dano estrutural.

5. Menina, 6 anos, com antecedente de epilepsia, é trazida à Emergência após apresentar episódio tônico-clônico com duração de 20 minutos em casa. Mãe refere ter aplicado diazepam retal duas vezes no percurso. Exame físico: paciente não responsivo, FC=40bpm, FR=8 ipm, pulsos finos, extremidades cianóticas. O monitor cardíaco evidencia presença de onda P e complexos QRS estreitos. **A CONDUTA INICIAL É:**

- Antídoto flumazenil intramuscular.
- Administrar atropina endovenosa.
- Ventilação com bolsa-válvula máscara.
- Iniciar compressões cardíacas.

6. Recém-nascido, 26 dias, é trazido para primeira consulta na Unidade Básica de Saúde com queixa de ruído inspiratório que piora quando mama ou fica agitado. Mãe nega dificuldade respiratória ou engasgo. Nega antecedentes relevantes. Exame físico: FC=130bpm; FR=42irpm; oximetria=98% (ar ambiente); enchimento capilar=2segundos; bom estado geral, corado, hidratado, anictérico, eupneico; restante do exame normal. Durante o choro apresentou estridor inspiratório. **A CONDUTA É:**

- a) Encaminhar para realizar nasofibroscopia.
- b) Orientar benignidade do quadro e aguardar evolução.
- c) Orientar medidas antirrefluxo.
- d) Investigar doença do refluxo gastroesofágico.

7. A mãe de um menino com 2 anos e 6 meses de idade procura a Unidade Básica de Saúde pois reparou há três meses aumento peniano e pelos na região genital de seu filho. Nega outras queixas. Exame físico: pelos grossos e encaracolados em púbis e bolsa escrotal, pênis com cerca de 7,5cm de comprimento e aumento do diâmetro, testículos de 8cm<sup>3</sup> bilateralmente. **A CAUSA MAIS PROVÁVEL DA PUBERDADE PRECOCE É:**

- a) Tumor de testículo.
- b) Tumor ou malformação da região hipotalâmica–hipofisária.
- c) Hiperplasia adrenal congênita.
- d) Tumor adrenal.

8. **CONSIDERANDO OS AGRAVOS A ADOLESCENTES LGBTQIAPN+, É POSSÍVEL AFIRMAR:**

- a) Iniciam atividade sexual mais tardiamente.
- b) São menos expostos a violência verbal.
- c) LGBT fobia não ocorre no ambiente familiar.
- d) Têm mais risco de atividade sexual forçada.

9. Menino, 4 anos, 18kg, está internado na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica há 10 dias devido a traumatismo cranioencefálico grave. Fez uso de monitorização de pressão intracraniana (PIC), retirada no quarto dia de internação; fez uso de monitorização de pressão invasiva (PAI), retirada há dois dias; está com um cateter venoso central em veia femoral direita desde a internação; foi extubado há 48 horas e mantém-se em ar ambiente; fez uso de sonda vesical de demora, retirada após a extubação. Há um dia apresentou um pico febril isolado (38°C). No 10° dia de internação evolui com quadro de choque séptico.

**EM RELAÇÃO À EXPANSÃO VOLÊMICA RECOMENDADA NESTE CASO, ASSINALE A ALTERNATIVA CORRETA:**

- a) 180 a 360mL de solução cristaloide balanceada (ringer lactato) em 20 minutos.
- b) 500mL de solução cristaloide balanceada (solução salina a 0,9%) em 20 minutos.
- c) 180 a 360mL de solução cristaloide balanceada (solução salina a 0,9%) em 20 minutos.
- d) 500mL de solução cristaloide balanceada (ringer lactato) em 20 minutos.

10. Menina, 5 anos, previamente hígida, é trazida para avaliação com queixa de febre, perda de peso, cansaço e dor em coxas e braços que se iniciaram há quatro meses. Refere também aparecimento de dor em joelhos. Nesse tempo da evolução descrita, após um quadro gripal, vem apresentando uma dermatite diagnosticada como alergia a corante e está em uso de prednisona 15mg quase diariamente. Exame físico: eritema facial, não pruriginoso; alteração da pigmentação e do tufismo da pele na região das articulações metacarpofalangeanas e interfalangeanas de ambas as mãos; apresenta déficit da força muscular proximal. **O DIAGNÓSTICO É:**

- a) Miosite viral.
- b) Dermatomiosite.
- c) Doença de Guillain Barré.
- d) Distrofia muscular progressiva.

11. Recém-nascido, 1 hora de vida, idade gestacional de 26 semanas e 5 dias, P=640g, em ventilação mecânica, cateter venoso umbilical. Dados vitais normais. Gasometria normal. **QUAL A MELHOR TERAPIA NUTRICIONAL PARENTERAL PARA ESTE RECÉM-NASCIDO?**

- a) Início com 72 horas de vida e com incremento paulatino na oferta dos nutrientes.
- b) Início com uma hora de vida, com alta oferta de aminoácidos.
- c) Início com 24 horas de vida, com alta oferta de hidrato de carbono.
- d) Início com 48 horas de vida e com incremento rápido dos nutrientes.

12. **ENTRE OS EXAMES LABORATORIAIS CITADOS ABAIXO, QUAL É UTILIZADO PARA O DIAGNÓSTICO DE IMUNODEFICIÊNCIAS DE FAGÓCITOS?**

- a) Teste de hipersensibilidade retardada ao PPD.
- b) Teste de oxidação da Dihidro-rodamina.
- c) Ensaio de proliferação neutrofílica por citometria de fluxo.
- d) Avaliação da produção de anticorpos específicos para a vacina anti-pneumocócica.

13. Menina, 5 anos, é trazida à Unidade Básica de Saúde com história de infecções urinárias a partir dos 3 anos de idade e que se caracterizam, principalmente, por disúria e urina de cheiro forte. Mãe relata também que às vezes criança deixa escapar urina porque fica muito entretida com os brinquedos e que seu hábito intestinal é em torno de duas vezes ao dia com fezes formadas, em cíbalos. Traz uma ultrassonografia renal normal. **A PRINCIPAL HIPÓTESE DIAGNOSTICA É:**

- a) Vulvovaginite de repetição.
- b) Síndrome vesico-intestinal.
- c) Refluxo vesico-ureteral.
- d) Malformação obstrutiva do trato urinário.

**14. EM RELAÇÃO ÀS HEPATITES VIRAIS, É INCORRETO AFIRMAR:**

- a) Embora a hepatite pelo vírus A não evolua para cronicidade, é uma causa importante de morbidade e de eventual mortalidade nas populações.
- b) O vírus da hepatite B não tem efeito citopático direto. A resposta imune frente aos antígenos virais expressos na membrana celular é a grande responsável pela lesão hepática.
- c) A infecção pelo vírus da hepatite E costuma ocasionar um quadro de icterícia aguda e autolimitada, semelhante ao vírus da hepatite A.
- d) O vírus da hepatite C é detectado no colostro e leite materno e a amamentação está firmemente contraindicada.

15. Menino, 3 meses, é trazido ao Pronto-Socorro com história de febre e vômitos há dois dias. Apresenta história de jato urinário fraco e traz ultrassonografia com hidronefrose bilateral moderada e creatinina sérica=0,3mg/dL. Exame físico: regular estado geral, febril, hipoativo e com rendilhado cutâneo. Realizada triagem infecciosa e identificada infecção urinária. **A CONDUTA É:**

- a) Amoxicilina-clavulanato via oral, hidratação e ultrassonografia de abdome.
- b) Antibioticoterapia de amplo espectro e cintilografia renal estática.
- c) Amicacina endovenosa, hidratação e sonda vesical de demora.
- d) Antibioticoterapia para gram negativo e evitar expansão volêmica.

16. Menina, 10 meses, é trazida para Unidade Básica de Saúde para puericultura com história de episódios de sibilância mensais há quatro meses. Nega outras queixas. Antecedentes: internação em Unidade de Terapia Intensiva com o diagnóstico de bronquiolite viral aguda há cinco meses.

**CONSIDERANDO O DIAGNÓSTICO DE ASMA, QUAL ALTERNATIVA REFLETE DADOS COMPLEMENTARES DA HISTÓRIA E EXAME FÍSICO DA PACIENTE?**

- a) Crises desencadeadas por vírus, sem antecedente familiar de atopia ; exame físico normal fora das crises; tratamento das crises de sibilância com boa resposta ao beta2 agonista de curta duração.
- b) Crises desencadeadas por pó caseiro, mãe com asma; exame físico: presença de lesões compatíveis com dermatite atópica; tratamento das crises de sibilância com boa resposta ao beta2 agonista de curta duração.
- c) Crises desencadeadas por vírus ou quando mama, mãe com asma; exame físico normal fora das crises; não responde ao beta2 agonista de curta duração.
- d) Crises desencadeadas por choro, sem antecedente familiar de atopia; exame físico normal fora das crises; tratamento das crises de sibilância com boa resposta ao beta2 agonista de curta duração.

17. Menino, 5 anos, é trazido para consulta após ter apresentado urina com presença de sangue em avaliação de rotina. **CONSIDERANDO ESTE CONTEXTO, É VERDADEIRO AFIRMAR:**

- a) Em investigação de rotina em crianças e adolescentes, pode-se encontrar um número de hemácias maior que o padrão de normalidade do exame em até 10% da população, sem significado patológico.
- b) Na investigação desses casos, a presença de cilindros leucocitários e hemáticos sugere etiologia relacionada à hiperexcreção de cálcio ou ácido úrico.
- c) A detecção da hematúria pela fita urinária é exclusiva para hemácias íntegras, não detectando hemoglobinúria.
- d) A determinação do dismorfismo eritrocitário, da proteinúria e dos antecedentes familiares e pessoais têm valor preditivo elevado para a determinação da etiologia da hematúria.

18. **EM RELAÇÃO À SÍNDROME DA APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO (SAOS) EM CRIANÇAS, ASSINALE A ALTERNATIVA CORRETA:**

- a) A SAOS em crianças é semelhante à SAOS dos adultos no que diz respeito à fisiopatologia, quadro clínico, diagnóstico e tratamento.
- b) A prevalência máxima de SAOS é observada em meninos negros, obesos com história de atopia e prematuridade.
- c) Crianças com SAOS apresentam hipoxemia, hipercapnia e variações nas pressões intratorácicas durante o dia e à noite.
- d) Existe correlação inversa entre a gravidade da SAOS e a intensidade das manifestações de distúrbios de comportamento como: falta de atenção, agressividade e alterações de memória.

19. Menino, 6 anos, retorna pela terceira vez ao Pronto-Socorro, trazido pelo pai. Na primeira consulta, há cinco dias, referia dor abdominal em cólica, sem diarreia. Há três dias, referia também inchaço em joelhos e tornozelos. Hoje relata aparecimento de manchas avermelhadas nas pernas, um pouco elevadas. Radiograma de abdome: normal. **QUAIS EXAMES COMPLEMENTARES ESTÃO INDICADOS PARA A DEFINIÇÃO DIAGNÓSTICA?**

- a) Hemocultura e coprocultura.
- b) Ultrassonografia abdominal e tomografia computadorizada dos membros inferiores.
- c) Ultrassonografia abdominal e Fator Anti-Núcleo.
- d) Hemograma e exame de urina tipo I.



20. Menino, 3 meses, com antecedente de ultrassonografia pré-natal sem anormalidades, teve infecção do trato urinário (ITU) com 40 dias de vida. Os exames mostraram leucocitúria evidente e urocultura com *Enterococcus sp.* Manteve febre apesar do uso de três dias de ceftriaxone intramuscular, o que levou a ser internado para tratamento endovenoso. Teve alta após 10 dias e foi encaminhado para acompanhamento ambulatorial. **CONSIDERANDO O CASO, A ALTERNATIVA CORRETA É:**

- a) A ITU no lactente deve ser considerada como pielonefrite aguda e o sexo masculino tem menor frequência de bacteremia.
- b) Como a ITU foi confirmada, é obrigatória a realização imediata da cintilografia renal estática.
- c) Agente etiológico não habitual está associado a maior possibilidade de malformação do trato urinário.
- d) Após o início do tratamento da ITU, a resposta esperada é que haja uma melhora gradativa e lenta dos sinais e sintomas clínicos.

21. Recém-nascido, 2 dias, encontra-se em alojamento conjunto. Realizado teste da oximetria de pulso prévio à alta com 40 horas de vida e observada oximetria de pulso em ar ambiente: MSD=84%; MID=82%. Exame físico: ativo; com discreta cianose periunguel; taquipneia leve ao mamar (FR=60irpm); pulsos simétricos e normopalpáveis; enchimento capilar=2segundos; coração: bulhas rítmicas e normofonéticas com sopro sistólico +/4+ em borda esternal esquerda alta e segunda bulha única; pulmões e abdome sem alterações. Foi ofertado oxigênio a 100% por uma hora e a oximetria de pulso permaneceu inferior a 85% em ambos os membros (MSD=83% e MID=82%). **A CONDUTA MAIS ADEQUADA NESTE MOMENTO É:**

- a) Proceder a intubação para assistência ventilatória invasiva.
- b) Obter acesso venoso e iniciar antibioticoterapia.
- c) Obter acesso venoso e iniciar prostaglandina.
- d) Repetir o teste novamente após uma hora.

22. Adolescente, 14 anos, é trazida à consulta médica pois sua mãe está preocupada com o comportamento dela. Anda triste, fica trancada no quarto, chorando, e não quer fazer as refeições com a família. Está dormindo muito durante o dia, ficando acordada à noite e raramente falta à aula por estar cansada. Sai às vezes com as amigas. **O PEDIATRA DEVE:**

- a) Explicar que vai aplicar questionário para sintomas depressivos, fazer intervenção breve e orientar retorno em sete dias.
- b) Explicar para família que se trata de depressão e encaminhar, pois não pode fazer mais nada.
- c) Explicar que esses comportamentos são comuns na adolescência e que melhoram com o tempo.
- d) Explicar para família que se trata de depressão, prescrever medicamento antidepressivo e orientar retorno de um mês.

**23. CONSIDERANDO A FISIOPATOLOGIA DA FORMAÇÃO DO EDEMA NA SÍNDROME NEFRÓTICA DA INFÂNCIA, RECOMENDA-SE:**

- a) Restrição da ingestão de sódio visto haver elevação dos níveis de aldosterona.
- b) Restrição da ingestão de água visto o paciente estar hipervolêmico.
- c) Uso de diuréticos de alça é indicado sempre que a albumina sérica for menor que 1g/dL.
- d) Os bloqueadores de enzima conversora devem ser utilizados associados à furosemida.

24. Menino, 7 anos, é trazido pelos pais para consulta na Unidade Básica de Saúde. Refere febre de cerca de 38°C, mal-estar generalizado, anorexia e astenia há 12 dias. Queixa-se de dor de garganta. Exame físico: T=38,4°C; hiperemia e hipertrofia de tonsilas palatinas, com exsudato esbranquiçado; linfonodos palpáveis em cadeias submandibulares, cervicais e axilares, alguns deles com diâmetro maior que 2,5cm, todos móveis e fibroelásticos, sem adesão a planos profundos; abdome: baço palpável a 4cm do rebordo costal esquerdo. **O AGENTE ETIOLÓGICO RESPONSÁVEL PELO QUADRO CLÍNICO É:**

- a) *Corynebacterium diphtheriae*.
- b) Estreptococo beta-hemolítico do grupo B.
- c) *Leishmania braziliensis*.
- d) Vírus Epstein-Barr.

25. Menina, 3 anos, é trazida para avaliação médica na Unidade Básica de Saúde. Mãe refere que a criança não ganha de peso há cerca de seis meses. Refere também quadro de distensão abdominal recorrente, dor abdominal e períodos de diarreia alternados com constipação. Alimentação: leite sem lactose com complemento alimentar sabor baunilha (600ml/dia) e consumo diário de leguminosas, cereais, carnes, legumes, verduras e frutas. Exames complementares: Anticorpos antitransglutaminase IgA=148U; IgA sérica=131mg/dL. **A CONDUTA É:**

- a) Excluir a proteína de leite de vaca da dieta.
- b) Excluir o glúten da dieta.
- c) Iniciar prednisolona (1-2mg/kg/dia).
- d) Realizar imunoterapia.

26. Menino, 9 meses, 10kg, foi admitido em enfermaria de pediatria para tratamento endovenoso de desidratação moderada por diarreia aguda. Após reestabelecimento do equilíbrio hidroeletrólítico, as perdas por diarreia foram calculadas em 40ml/Kg/dia. **ALÉM DA REPOSIÇÃO DE PERDAS POR DIURESE E PERSPIRAÇÃO INSENSÍVEL PELO SORO DE MANUTENÇÃO, QUAL O VOLUME A SER ADMINISTRADO PARA QUE O PACIENTE SE MANTENHA HIDRATADO?**

- a) 40ml/kg/dia.
- b) 140ml/kg/dia.
- c) 20ml/kg//dia.
- d) 100ml/kg/dia.

**27. CORRELACIONE A DOENÇA COM O HOSPEDEIRO DEFINITIVO, INTERMEDIÁRIO OU SEU VETOR.**

1.Febre Maculosa	A. <i>Felis catus</i>
2.Febre Amarela	B. <i>Sus crofa domesticus</i>
3.Esquistossomose	C. <i>Lutzomyia spp</i>
4.Leishmaniose cutânea	D. <i>Amblyomma cajannesense</i>
5.Toxoplasmose adquirida	E. <i>Biomphalaria spp</i>
6.Neurocisticercose	F. <i>Aedes aegypti</i>

- a) 1E; 2F; 3D; 4C; 5A;6B.
- b) 1D; 2F; 3E; 4C; 5A; 6B.
- c) 1D; 2A; 3E; 4F; 5A; 6B.
- d) 1D; 2F; 3E; 4C; 5B; 6A.

28. Recém-nascido de 32 semanas de gestação encontra-se com 20 minutos de vida e, após os cuidados iniciais em sala de parto, recebe suporte respiratório por CPAP por máscara (fração de  $O_2=0.25$ ). Exame físico: FC=142bpm; T=36,9°C. **EM RELAÇÃO AO TRANSPORTE DA CRIANÇA PARA A UNIDADE NEONATAL:**

- a) Ligar a incubadora no momento do nascimento e manter a temperatura entre 35-37°C.
- b) Manter o suporte pressórico tipo CPAP durante a transferência para a unidade neonatal.
- c) Para facilitar a manutenção da temperatura da criança pode ser usada bolsa térmica.
- d) Retirar o saco plástico uma vez que o recém-nascido se encontra normotérmico.

29. Menino, 8 anos, previamente hígido, é trazido ao Pronto-Socorro com queixa de fraqueza e dor muscular generalizada, com dificuldade de marcha há dois dias. Mãe refere quadro gripal há uma semana, quando fez uso de antitérmico. Exame físico: bom estado geral, corado, hidratado, eupneico, anictérico, afebril, FC=98bpm; FR=20irpm; PA=102/78mmHg; ausculta cardiopulmonar sem anormalidades; abdome: flácido, indolor, sem visceromegalias ou massas; pele: sem lesões; Osteoarticular sem alterações; dor à palpação de panturrilhas bilateral; força muscular preservada; reflexos osteotendineos presentes; não consegue andar sem apoio. Exames complementares: CK=226U/L; LDH=358U/L. **EM RELAÇÃO À PRINCIPAL HIPÓTESE DIAGNÓSTICA, A CONDUTA INDICADA É:**

- a) Internação para administração de imunoglobulina intravenosa evitando ascensão do comprometimento nervoso.
- b) Analgesia, hidratação e orientação em relação à benignidade do quadro.
- c) Iniciar prednisona via oral visto ausência de envolvimento cutâneo e pouca atividade da doença.
- d) Notificar caso de paralisia flácida aguda e solicitar coleta de amostra de fezes.

30. Menino, 4 anos, é trazido para consulta anual na Unidade Básica de Saúde. Mãe refere que ele está em tratamento com cirurgião e endocrinologista pediátrico após diagnóstico de tumor na suprarrenal direita e está aguardando as próximas condutas. Refere que criança está bem. **QUAL O VOLUME TESTICULAR ESPERADO AO EXAME?**

- a) Menor que 4 cm<sup>3</sup> bilateralmente.
- b) Entre 6 e 8 cm<sup>3</sup> bilateralmente.
- c) Menor que 4 cm<sup>3</sup> à direita e maior que 6 cm<sup>3</sup> à esquerda.
- d) Maior que 6 cm<sup>3</sup> à direita e menor que 4 cm<sup>3</sup> à esquerda.

31. Menino nascido de parto cesáreo devido à desproporção cefalopélvica. Foi notada icterícia 12 horas de vida. Exames laboratoriais: tipagem sanguínea do recém-nascido=A positivo e da mãe=O positivo; hemoglobina=14g/dL; bilirrubina total=8,9mg/dL; bilirrubina indireta=8,3mg/dL. **CITE A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA MAIS PROVÁVEL E QUAL EXAME ESTÁ INDICADO:**

- a) Esferocitose hereditária; resistência globular osmótica.
- b) Incompatibilidade de grupos sanguíneos menores; coombs direto.
- c) Deficiência de G6PD; dosagem de G6PD.
- d) Hemoglobinopatia de Sandifer; eletroforese de hemoglobina.

32. **QUAL VITAMINA EM NÍVEL SÉRICO INSUFICIENTE PODE CONTRIBUIR PARA O NÃO CONTROLE DA ASMA ALÉRGICA?**

- a) Vitamina B6.
- b) Vitamina A.
- c) Vitamina D.
- d) Vitamina C.

33. Menina, 10 anos, previamente hígida, é trazida para consulta devido a períodos remitentes de febre baixa acompanhada de não ganho de peso há alguns meses. Refere cansaço aos esforços e dor em ambas as pernas quando precisa andar percursos um pouco mais longos. Relata também dor articular em joelhos e tornozelos. Nega uso de medicamentos. Procurou outros médicos que solicitaram exames cujos resultados revelaram: Hb=9,6g/dL, VCM=70fL, HCM=30pg, leucócitos=10.300/mm<sup>3</sup> (75%neutrófilos, 20%linfócitos, 2%eosinófilos), plaquetas=390.000/mm<sup>3</sup>; urina I normal; PCR=20mg/L; enzimas musculares e hepáticas normais; função renal normal; FAN e Fator reumatoide negativos; sorologias negativas. Exame físico: regular estado geral; T=38°C; FC=88bpm; FR=16irpm; PA=160/95mmHg. **NO RESTANTE DO EXAME FÍSICO, QUAIS TÓPICOS DEVERÃO MERECEER UMA AVALIAÇÃO MAIS DETALHADA PARA FIRMAR A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA?**

- a) Ausculta cardíaca e reavaliação da pressão arterial nos quatro membros.
- b) Palpação renal e pulso nos quatro membros.
- c) Palpação renal e ausculta cardíaca.
- d) Reavaliação da pressão arterial e pulso nos quatro membros.

34. Adolescente, 12 anos, vem sozinho à consulta médica. **O MÉDICO DEVE:**

- a) Atendê-lo com outro profissional na sala.
- b) Recusar a atendê-lo.
- c) Aguardar a chegada do responsável para atendê-lo.
- d) Atendê-lo sozinho.

35. Menino, 4 meses, é trazido para puericultura e os pais relatam que o bebê regurgita leite em moderada quantidade após as mamadas, acompanhado por irritabilidade e choro excessivo, tanto durante o dia quanto durante a noite. Está em aleitamento materno exclusivo. **SOBRE ESSA CONDIÇÃO, É POSSÍVEL AFIRMAR:**

- a) A maioria dos lactentes regurgita nos primeiros meses de vida, sem que isso signifique que eles sejam portadores de doença do refluxo gastroesofágico.
- b) A doença do refluxo gastroesofágico do lactente é semelhante ao da criança maior e do adulto, uma vez que a doença do refluxo gastroesofágico da maioria dos lactentes saudáveis é uma doença autolimitada.
- c) Após os 3 meses, a evolução da doença do refluxo gastroesofágico para a cronicidade ocorre em mais da metade dos casos.
- d) Há maior prevalência das complicações esofágicas do refluxo nos pacientes que iniciam os sintomas antes dos 3 meses de vida.

36. Alguns tumores apresentam marcadores séricos que auxiliam no diagnóstico. **NO CASO DOS TUMORES GONADAIS, QUAIS SÃO ESSES MARCADORES?**

- a) LDH e Ca125.
- b) CEA e ácido vanilmandélico.
- c) Ca125 e PSA.
- d) Alfafetoproteína e BetaHCG.

37. Durante consulta de rotina, mãe informa que lactente não consegue mais sugar o leite oferecido em mamadeira e dorme muito. Nasceu prematuro limítrofe e iniciou suplementação com leite de vaca. Ela notou que está com mais dificuldade de ganhar peso nos últimos meses. Não aceita alimentação sólida variada, apesar de ter completado um ano. Não teve infecção bacteriana recente. **QUAL A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA E QUAIS EXAMES CONTRIBUÍRIAM PARA ESCLARECIMENTO DIAGNÓSTICO?**

- a) Intolerância a lactose; hemograma, fezes a fresco e urina I.
- b) Anemia ferropriva; hemograma, perfil de ferro, urina I, protoparasitológico, fezes a fresco.
- c) Anemia carencial; perfil de ferro, dosagem de vitamina B12, dosagem ácido fólico.
- d) Alergia à proteína do leite de vaca; nenhum exame é necessário já que paciente recebe leite desde os primeiros meses.

38. Você foi chamado para atender uma ocorrência na piscina do clube, sendo uma criança de 3 anos resgatada por familiares após acidente com submersão estimada em cinco minutos. Sua equipe de resgate (dois socorristas) conta com balão-valva-máscara e cilindro de oxigênio. Você encontra a criança deitada em área seca em decúbito dorsal, não responsiva à estimulação e sem movimentos respiratórios. Descreva os passos iniciais do seu atendimento até a chegada do suporte avançado:

- a) Realizar 5 ventilações de resgate e iniciar RCP (15 compressões torácicas para 2 ventilações).
- b) Iniciar RCP (15 compressões torácicas para 2 ventilações).
- c) Iniciar RCP (30 compressões torácicas para 2 ventilações).
- d) Realizar 5 ventilações de resgate e iniciar RCP (30 compressões torácicas para 2 ventilações).

39. Recém-nascido a termo, adequado para idade gestacional, saudável, filho de mãe com tuberculose pulmonar bacilífera que está em tratamento adequado há uma semana. Sem sinais de mastite. **A CONDUTA PARA O RECÉM-NASCIDO É:**

- a) Contraindicar a amamentação; não vacinar com BCG; rifampicina três meses.
- b) Indicar a amamentação sem máscara; vacinar com BCG; rifampicina três meses.
- c) Indicar a amamentação com máscara N95; vacinar com BCG; isonizida três meses.
- d) Indicar a amamentação com máscara cirúrgica; não vacinar com BCG; rifampicina três meses.

40. Menino, 12 anos, está em observação no Pronto-Socorro há um dia por picada de jararaca. Recebeu soroterapia com oito ampolas de soro antiofídico, hidratação vigorosa, analgesia e cuidados com a ferida. Não tem febre. Mantém tempo de coagulação alterado (20 minutos) cerca de 24h após o atendimento inicial. **A CONDUTA É:**

- a) Plasma fresco congelado.
- b) Repetir soro antiofídico.
- c) Reavaliar tempo de coagulação em 12hs.
- d) Plasmaférese.

41. **OS SINAIS VISTOS EM TOMOGRAFIAS DE TÓRAX E DENOMINADOS TRILHO DE TREM, ATENUAÇÃO EM MOSAICO, ÁRVORE EM BROTEAMENTO E ANEL DE SINETE SÃO VISTOS COM MAIOR PREVALÊNCIA EM PACIENTES COM:**

- a) Asma grave de difícil controle.
- b) Discinesia ciliar primária.
- c) Enfisema lobar congênito.
- d) Fibrose cística.

**42. EM CRIANÇAS COM AGAMAGLOBULINEMIA LIGADA AO CROMOSSOMO X, O RESULTADO ESPERADO NA FENOTIPAGEM LINFOCITÁRIA POR CITOMETRIA DE FLUXO É:**

- a) Redução acentuada ou ausência do marcador CD3.
- b) Redução acentuada ou ausência do marcador CD56.
- c) Redução acentuada ou ausência do marcador CTLA4.
- d) Redução acentuada ou ausência do marcador CD19.

**43. O PLANO DE TRANSIÇÃO:**

- a) Deve ser iniciado por volta dos 16 anos, com a transferência do paciente à clínica de adultos.
- b) Deve ser iniciado por volta dos 12 anos, com momentos de atendimento sem acompanhantes.
- c) Deve ser iniciado por volta dos 12 anos, com elaboração de metas e plano de emergência.
- d) Deve ser iniciado por volta dos 16 anos, com apresentação à equipe e o serviço de saúde do adulto.

44. Criança tem diagnóstico de doença falciforme em teste de triagem neonatal e foi encaminhado para seguimento em um centro de referência para hemoglobinopatias. Durante consulta de puericultura na Unidade Básica de Saúde aos 6 meses de idade, o pediatra identifica coriza e temperatura=38,5°C ao exame físico. **O PEDIATRA DEVE:**

- a) Orientar mãe sobre higiene nasal e antitérmico.
- b) Explicar para mãe que irá contatar o centro de referência para orientações.
- c) Contato com centro de referência para transferência e internação.
- d) Orientar a mãe sobre higiene nasal, antitérmico e uso de antibiótico via oral.

45. Menina, 7 anos, é trazida ao ambulatório para investigar baixa estatura. Está fora do canal de crescimento dos pais e tem estatura abaixo de 3 desvios-padrão em relação à média. Não tem comprometimento de peso. Uma das suas hipóteses é síndrome de Turner. **QUAL DOS DADOS ABAIXO REFORÇA A SUA HIPÓTESE?**

- a) Presença de rins em ferradura na ultrassonografia abdominal.
- b) A criança tem distúrbio de aprendizado.
- c) Presença de estenose pulmonar no ecocardiograma.
- d) Tem histórico de asma brônquica grave.

46. Menina, 2 anos, é trazida ao seu consultório devido a um quadro contínuo de acometimento do joelho direito há cerca de 3 meses. Atualmente, tem dificuldade para andar porque não consegue esticar a perna direita. O quadro teve uma instalação lenta, com maior acometimento e dificuldade na marcha ao acordar. Nega febre. Mãe nega trauma local, mas a criança frequenta creche em tempo integral. Vacinação atualizada. Nega antecedentes pessoais ou familiares relevantes. Exame físico: limitação da extensão do membro inferior direito, com edema e calor no joelho; tanto a extensão como a flexão forçada do joelho direito são dolorosas; restante do exame sem alterações. Exames complementares normais: hemograma, VHS, Urina I, sorologias, enzimas hepáticas e função renal. ASLO=250UI/ml; FAN=1/160; Fator Reumatoide=não reagente; ressonância nuclear magnética de joelho direito=sinovite e discreto derrame articular. **A CONDUTA É:**

- a) Iniciar tratamento com Prednisona 1 mg/kg/dia, via oral, dividido em duas tomadas.
- b) Solicitar novo ASLO e um ecocardiograma, pois pode ser febre reumática.
- c) Solicitar artroscopia e biópsia sinovial.
- d) Solicitar avaliação com lâmpada de fenda ou biomicroscopia.

47. Criança com quadro clínico de dor óssea, febre, astenia, adenomegalia generalizada, hepatoesplenomegalia, petéquias e equimoses. **O DIAGNÓSTICO MAIS PROVÁVEL É:**

- a) Neuroblastoma.
- b) Leucemia linfóide aguda.
- c) Leucemia mieloide crônica.
- d) Linfoma de Hodgkin.

48. Menina, 1 ano e 9 meses, previamente hígida, é trazida ao Pronto-Socorro com história de incapacidade de assumir posição ortostática. Mãe refere que desde a manhã de hoje paciente não consegue ficar em pé sem apoio, pois evita apoiar o pé direito nas superfícies. Nega sintomas sistêmicos. Refere que a paciente já deambula sem apoio há seis meses. Exame físico: dor à tentativa de extensão da perna direita. Movimentos dos pés e do quadril estão livres. **A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA É:**

- a) Epifisiolístese proximal do fêmur.
- b) Doença de Legg-Calvé-Perthes.
- c) Piorrite de joelho.
- d) Síndrome de Osgood-Schlatter.



**49. DE ACORDO COM O PROTOCOLO CLÍNICO DE DIRETRIZES TERAPÊUTICAS PARA A INFECÇÃO PELO VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA EM PEDIATRIA, O TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL DEVE SER INICIADO EM QUE MOMENTO?**

- a) Após a ocorrência de uma infecção oportunista.
- b) Caso sejam registradas duas contagens sucessivas de linfócitos T CD4+ abaixo de 25% dos linfócitos totais.
- c) Imediatamente após o diagnóstico ser confirmado.
- d) Caso sejam registradas duas dosagens séricas sucessivas de Imunoglobulina G abaixo do percentil 2,5.

50. Adolescente, 15 anos, está em seguimento ambulatorial por obesidade. Aparenta uma boa adesão, pratica boa atividade física, mas tem várias dúvidas em relação à alimentação, principalmente em relação à porção diária de frutas. **O NÚMERO RECOMENDADO DE PORÇÕES É:**

- a) 4 porções.
- b) 3 porções.
- c) 6 porções.
- d) 2 porções.

51. Durante a avaliação de dois irmãos, o pediatra não encontra nenhuma anormalidade, e no exame das características sexuais secundárias descreve que: o menino (X) com 11anos de idade apresenta pênis de cerca de 4cm de comprimento, sem aumento no diâmetro, pelos grossos e escuros em região supra-púbica e testículos com 3cm de comprimento no maior eixo bilateralmente; enquanto que a menina (Y), com 10anos, apresenta tecido glandular mamário de 1cm de diâmetro à direita e ausência de tecido mamário à esquerda, com pelos grossos e escuros na região vulvar. **EM RELAÇÃO À CLASSIFICAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO PUBERAL, DE ACORDO COM OS CRITÉRIOS DE MARSHALL & TANNER, E A INTERPRETAÇÃO DA MESMA, ASSINALE A ALTERNATIVA CORRETA:**

- a) X: G2,P2; Y: M2 à direita e M1 à esquerda, P2 – ambos em início de puberdade normal.
- b) X: G1,P0; Y: M1 à direita e M0 à esquerda, P0 – ambos ainda sem puberdade.
- c) X: G1,P2; Y: M2 à direita e M1 à esquerda,P2 – X ainda não iniciou puberdade, enquanto que Y está em início de puberdade normal.
- d) X: G0,P2; Y: M1 à direita, M0 à esquerda, P2 – X ainda não iniciou puberdade, enquanto que Y está em início de puberdade normal.

52. Paciente chega ao Pronto-Socorro com história de ter tido febre há sete dias associada a quadro de coriza hialina que duraram dois dias. Hoje mãe notou presença de manchas roxas em pernas de tamanhos variados. Nega história de trauma, vacinação recente ou uso de medicamentos. Exame físico: equimoses e algumas petéquias em membros inferiores, sem outras alterações. Hemograma: hemoglobina=11,9g/dL; hematócrito=39%; glóbulos vermelhos= $7 \times 10^6/\text{mm}^3$ ; leucócitos= $8900/\text{mm}^3$  (30% neutrófilos; 60% linfócitos; 10% monócitos); plaquetas= $20.000/\text{mm}^3$ . **PODE-SE AFIRMAR:**

- a) Paciente tem quadro viral progressivo e deve ter feito uso de algum medicamento. Provável púrpura medicamentosa.
- b) Paciente tem quadro viral progressivo que desencadeou reação imune. Provável púrpura trombocitopênica aguda.
- c) Paciente apresenta púrpura de *Henoch-Schönlein* desencadeada por quadro viral.
- d) O quadro viral não está relacionado ao quadro. Trata-se de púrpura congênita.

53. Adolescente, 13 anos, vem à unidade Básica de Saúde para consulta. Traz encaminhamento da escola por estar se cortando. Exame físico: lesões lineares de pouca profundidade, algumas hiperemiadas, outras cicatriciais esbranquiçadas, em face interna do braço esquerdo e coxas. **TRATA-SE DE:**

- a) Tentativas de suicídio.
- b) Tentativa de manipular e chamar atenção.
- c) Manifestação associada a abuso sexual.
- d) Tentativa de lidar com sua dor.

54. Recém-nascido a termo, com 2 dias de vida, apresenta hipoglicemia recorrente por hiperinsulinismo congênito. Recebe aporte parenteral elevado de glicose. **EM RELAÇÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO DO HIPERINSULINISMO:**

- a) O medicamento de escolha é o diazóxido via enteral.
- b) O uso de diazóxido não está associado à sobrecarga hídrica.
- c) O uso de octreotida é a primeira escolha nessa situação.
- d) A alimentação enteral deve ser suprimida.

55. A mãe traz seu filho de 3 anos de idade ao seu consultório para uma segunda opinião sobre a doença de seu filho. Há três semanas iniciou quadro de febre, inapetência e dor nas articulações do joelho e punhos. A dor e a febre cediam um pouco com analgésicos e antitérmicos e eram mais intensas à noite. Relata avaliação médica e diagnóstico de artrite idiopática juvenil e, desde então, está em uso de 15mg de prednisolona a cada 8 horas, com remissão do quadro. **A CONDUTA É:**

- a) Manter o tratamento indicado, pois a evolução foi muito boa.
- b) Discordar do diagnóstico, reduzir a corticoterapia e instituir a antibioticoterapia.
- c) Manter o tratamento indicado, mas associar cálcio e vitamina D ao tratamento.
- d) Discordar do diagnóstico, reduzir a corticoterapia e iniciar investigação.

**56. EM RELAÇÃO À DERMATITE ATÓPICA, ASSINALE A ALTERNATIVA CORRETA:**

- a) O impetigo estreptocócico constitui a principal complicação infecciosa na dermatite atópica, devido à fragilidade das junções intercelulares e quebra da barreira cutânea.
- b) Os anti-histamínicos anti-H<sub>1</sub> de primeira geração, como a hidroxizina, constituem os medicamentos mais eficazes para a resolução do prurido, devendo ser utilizados de forma contínua.
- c) Os ácaros da poeira doméstica constituem os principais aeroalérgenos envolvidos nas descompensações da dermatite atópica.
- d) Os corticosteroides sistêmicos constituem a base do controle farmacológico de longo prazo.

**57. Menina, 4 anos, previamente hígida, apresenta sua primeira crise epiléptica não febril. QUAL DAS SEGUINTE AFIRMAÇÕES É CORRETA?**

- a) O risco de recorrência médio de uma segunda crise epiléptica é de 70%.
- b) O uso de fármaco anticrise agora não terá impacto no prognóstico do controle de crises em longo prazo.
- c) A maioria das crises epilépticas na infância está associada a epilepsias de causas estruturais.
- d) Todas as epilepsias da infância devem ser investigadas com exame de ressonância magnética de crânio.

58. Menina, 3 anos, iniciou quadro de coriza e tosse há 10 dias e há seis dias evoluiu com edema progressivo, aumento do peso em 10% e diurese espumosa. Hoje iniciou cansaço e dor torácica, sendo encaminhada de outro serviço para avaliação. Exame físico: PA=percentil 50 para idade e estatura; dispneica; oximetria de pulso=89% (ar ambiente). Exames laboratoriais realizados hoje: ureia=45mg/dL; creatinina=0,5mg/dL, albumina plasmática=0,8g/dL; Hb=17,5mg/dL, Ht=56%, leucócitos=14.500/mm<sup>3</sup> (predomínio de neutrófilos), plaquetas=455.000/mm<sup>3</sup>; Urina I: D=1025, pH=5, leucócitos=5/campo, hemácias=3/campo; proteína/creatinina (amostra urinária)=5mg/dL. **CONSIDERANDO A COMPLICAÇÃO ATUAL, A CONDUTA É:**

- a) Furosemida.
- b) Albumina.
- c) Enoxaparina.
- d) Antibioticoterapia.

59. Menino, 2 anos, vítima de queimadura por escaldamento (verteu óleo quente de panela sobre o corpo acidentalmente em domicílio) é encaminhado à Emergência pelo serviço pré-hospitalar. À avaliação inicial apresenta via aérea pérvia, com estridor, sialorreia e edema labial; ventilação espontânea em ar ambiente, com oximetria de pulso=92% (ar ambiente); taquicárdico; extremidades quentes; normotenso; sonolento, porém extremamente irritado à manipulação; T=37,8°C. Estimativa de superfície corporal queimada: 20% em face, pescoço, tórax e abdome anteriores e membros superiores. **A ABORDAGEM DESTA PACIENTE NA UNIDADE DE EMERGÊNCIA É:**

- a) Evitar indicação de intubação orotraqueal pela possibilidade de via aérea difícil.
- b) Realizar ressuscitação fluídica com volume calculado baseado em fórmulas, como Galveston ou Parkland.
- c) Evitar utilização de opioides no manejo analgésico pelo risco de depressão respiratória.
- d) Realizar prescrição de antibioticoterapia sistêmica profilática precoce.

60. No preparo ao atendimento a um recém-nascido de 29 semanas de gestação, a equipe neonatal realiza o “briefing” quanto aos passos a serem executados para o sucesso do cuidado térmico desse recém-nascido na sala de parto. **PODE-SE AFIRMAR:**

- a) A temperatura materna não é algo que gere preocupação.
- b) A temperatura da sala de parto deve ser mantida entre 23-26°C.
- c) O uso de saco plástico de polietileno diminui as chances de hipotermia.
- d) Ligar o berço de calor radiante apenas no momento do nascimento.

61. Menino, 8a, natural e procedente de Extrema (MG) procura atendimento por episódios de febre, aparecimento de caroços pelo corpo e emagrecimento de 8kg há dois meses. Nega viagens, vacinação está atualizada e apresenta bom desenvolvimento neurocognitivo. Exame físico: peso abaixo percentil 3, estatura=percentil 50; descorado ++/4; anictérico; T=38,2°C; linfonodos palpáveis em todas as cadeias, os maiores medindo entre 6 e 8cm de diâmetro, levemente endurecidos; linfonodo cervical direito de 7 cm, com hiperemia, calor e flutuação. Durante a noite esse linfonodo apresenta saída de grande quantidade de secreção amarelo esverdeada. Hemograma: Hb=7,4g/dL; Ht=20%; leucócitos=35.000/mm<sup>3</sup> (30%neutrófilos, 40%eosinófilos, 30%linfócitos); plaquetas=850.000/mm<sup>3</sup>. **O TRATAMENTO A SER INSTITUÍDO É:**

- a) Isoniazida, rifampicina e pirazinamida.
- b) Sulfametoxazol e trimetoprima.
- c) Oxacilina.
- d) Doxiciclina

62. O reconhecimento da infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) por transmissão vertical, nos primeiros três meses de vida, é fundamental para o estabelecimento de uma linha de cuidado integral.

**O EXAME COMPLEMENTAR INDICADO PARA O DIAGNÓSTICO É:**

- a) Pesquisa de anticorpos contra o HIV pela técnica de ELISA.
- b) Pesquisa de anticorpos contra proteínas do HIV pela técnica de Western-Blot.
- c) Pesquisa de RNA viral pela técnica de reação de polimerase em cadeia.
- d) Pesquisa do antígeno P17 pela técnica de quimioluminescência.

63. Recém-nascido a termo, adequado para a idade gestacional, com 96 horas de vida está em aleitamento materno com complementação e mantém quadro de hipoglicemia assintomática (glicemia 30 e 45mg/dL). Exame físico: icterícia zona IV, pênis de 2,3cm de comprimento com ambos os testículos no canal inguinal baixo. Identificada hiperbilirrubinemia com predomínio de bilirrubina direta. **A HIPÓTESE**

**DIAGNÓSTICA É:**

- a) Hipopituitarismo.
- b) Erro inato do metabolismo.
- c) Atresia de vias biliares.
- d) Hiperinsulinismo.

64. Menina, 12 anos, previamente hígida, tem queixa de febre intermitente, dores e inchaço nos joelhos há cerca de três semanas. É trazida para avaliação ambulatorial porque há uns dois dias começaram a surgir manchas arroxeadas pelo corpo. Desde o início do quadro, refere ter apresentado feridas em palato, inapetência e perda de peso. Já havia procurado a Unidade Básica de Saúde na primeira semana da doença e recebeu o diagnóstico de Dengue, tanto pela epidemiologia positiva, como pelo resultado do hemograma que revelou leucopenia e plaquetopenia. O quadro apresentou discreta melhora com analgésico e antitérmico por uns dias, mas recrudescu. A mãe informa que a filha está muito desanimada, não tem vontade de fazer nada, mesmo quando afebril. Diz que parece “alterada”. Um novo hemograma colhido hoje mantém as alterações anteriores; o exame de urina revela proteinúria e hematúria microscópica com dismorfismo eritrocitário. **A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA É:**

- a) Reinfecção da dengue.
- b) Púrpura de *Henoch-Schönlein*.
- c) Lúpus eritematoso sistêmico.
- d) Doença de Castleman.

**65. QUAIS DOENÇAS FAZEM PARTE DO PROGRAMA NACIONAL DE TRIAGEM NEONATAL?**

- a) Toxoplasmose congênita, fenilcetonúria, galactosemia, hipotireoidismo congênito, hiperplasia adrenal congênita e hemoglobinopatias.
- b) Fibrose cística, deficiência de biotinidase, imunodeficiências primárias, mitocondriopatias, hemoglobinopatias e fenilcetonúria.
- c) Deficiência de biotinidase, hiperplasia adrenal congênita, fenilcetonúria, fibrose cística, hipotireoidismo congênito e hemoglobinopatias.
- d) Galactosemia, hipotireoidismo congênito, mucopolisacaridoses, toxoplasmose congênita, hiperplasia adrenal congênita e mitocondriopatias.

66. Menino, 6 anos, é trazido à Unidade Básica de Saúde com história de febre, dor de garganta, fotofobia e olhos vermelhos com secreção aquosa e lacrimejamento há três dias. Frequenta escola, refere ser saudável. Exame: T=38,1°C; FC=103bpm; FR=21irpm; enchimento capilar=2segundos; linfonodos pré-auriculares pequenos e móveis; intensa hiperemia ocular com lacrimejamento expressivo; hiperemia de orofaringe. **O AGENTE ETIOLÓGICO MAIS PROVÁVEL É:**

- a) Adenovírus.
- b) *Moraxella catarrhalis*.
- c) *Chlamydia trachomatis*.
- d) *Aspergillus sp.*

67. Menino, 11 anos, é transferido para a enfermaria de pediatria de um hospital terciário com história de estar internado há nove dias para tratamento de pneumonia complicada com derrame pleural à esquerda, em uso de oxacilina associada à cefalosporina de terceira geração para tratamento de pneumonia complicada com derrame pleural a esquerda, sem melhora. Antecedente familiar: tia materna que habita mesma residência em tratamento para tuberculose pulmonar no quinto mês de tratamento, baciloscopia negativa desde o segundo mês de tratamento. Exame físico: peso=26kg; bom estado geral; T=36,1°C; FC=76bpm; FR=20irpm; oximetria de pulso=96% (ar ambiente); pulmões: murmúrio vesicular abolido em base esquerda, sem ruídos adventícios. Tomografia de tórax realizada no dia da transferência: moderado derrame pleural à esquerda, aspecto loculado, consolidações e atelectasias no pulmão esquerdo; espessamento difuso de parede brônquicas, pequenos focos consolidativos no lobo superior direito; proeminência numérica de linfonodos mediastinais. Realizada punção torácica: líquido amarelo turvo (50ml), relação LDH pleural/sérica=0,78, proteína=4,9 g/dL, leucócitos=3520/mm<sup>3</sup> (82%linfócitos, 18%neutrófilos). Teste de liberação de interferon-gama=positivo. **O TRATAMENTO É:**

- a) Isoniazida, rifampicina, pirazinamida e etambutol; por 12 meses
- b) Isoniazida, rifampicina, pirazinamida; por 6 meses
- c) Isoniazida por 3 meses.
- d) Isoniazida, rifampicina, pirazinamida e etambutol; por 6 meses

68. Menino, 2 anos, é trazido ao Pronto-Socorro pela mãe com o relato de ter ingerido uma pilha de lítio tipo moeda há cerca de uma hora. Radiograma de tórax: imagem radiopaca redonda, com sinal do duplo halo, em terço superior esofágico. O plantonista aciona o plantão à distância da endoscopia pediátrica.

**CONSIDERANDO O MANEJO DO CASO, ASSINALE A ALTERNATIVA INCORRETA:**

- a) Considerar o uso de sucralfato como estratégia de mitigação até a disponibilidade da endoscopia.
- b) Considerar a realização de tomografia computadorizada para detectar lesões vasculares em caso de atraso na endoscopia.
- c) Programar leito de internação hospitalar para progressão de dieta em caso de lesão mucosa identificada no exame endoscópico.
- d) Aguardar o tempo de jejum mínimo de seis horas para realização segura do procedimento endoscópico.

69. Escolar, 5 anos, é trazida à Emergência pelos pais com história de que está convulsionando. Exame físico: nível de consciência preservado, contrações musculares involuntárias incoordenadas de membros superiores e inferiores, além de torcicolo e movimentos oculares aberrantes. Os responsáveis relatam que a criança apresenta há três dias quadro febril associado a vômitos e diarreia. Medicamentos em uso: antitérmico e antiemético. Após a administração de dipirona e difenidramina, por via endovenosa, há melhora completa do quadro. **O DIAGNÓSTICO É:**

- a) Meningoencefalite viral.
- b) Crise convulsiva febril.
- c) Distonia aguda por metoclopramida.
- d) Síndrome de Guillain-Barré.

**O CASO CLÍNICO ABAIXO ESTÁ RELACIONADO ÀS QUESTÕES 70 E 71.**

Menina, 9 meses, é trazida ao hospital com história de evacuações líquidas sem sangue ou muco com duração de três dias, com resolução espontânea e sem necessidade de medicação há cinco dias. Nas últimas 36 horas percebeu criança mais pálida, diminuição da diurese e inchaço no corpo. Exame físico: regular estado geral; descorada 3+/4; anictérica; FC=159bpm; FR=42irpm; T=36°C; abdome: semicírculo de Skoda até cicatriz umbilical; membros inferiores: sinal de Godet presente. Exames laboratoriais: Hb=5,2g/dL, Ht=16%, leucócitos=13345/mm<sup>3</sup> (55%neutrofilos, 45%linfócitos), plaquetas=56.000/mm<sup>3</sup>, ureia=123mg/dL, creatinina=2,3mg/dL.

**70. A TOXINA ENVOLVIDA NESTA SITUAÇÃO CLÍNICA É PRODUZIDA POR:**

- a) *Escherichia coli*.
- b) *Streptococcus pneumoniae*.
- c) Pacientes com hiperativação da via alternativa do complemento.
- d) Pacientes com incapacidade de produzir peróxido de hidrogênio.

**71. OS RESULTADOS DOS EXAMES LABORATORIAIS QUE CONFIRMAM O MECANISMO DA ANEMIA SÃO:**

- a) Esfregaço de sangue com esquizocitos e haptoglobina livre reduzida.
- b) Reticulocitos aumentados e Coombs direto positivo.
- c) Haptoglobina livre elevada e lactato desidrogenase elevada.
- d) Esfregaço de sangue com hemácias crenadas e haptoglobina livre elevada.

72. Menina, 6 anos, interna com história de dor em membros inferiores há oito dias. Desde então refere ter apresentado dificuldade para andar e, nos últimos dois dias, não deambula. Refere quadro gripal e uso de antitérmico há duas semanas. Exame neurológico: fraqueza simétrica em ambos os membros inferiores e arreflexia. **ESPERA-SE O SEGUINTE RESULTADO NA ANÁLISE DO LIQUIDO CEFALORRAQUIDIANO (considere glicemia=88mg/dL):**

- a) Leucócitos=  $3/\text{mm}^3$ , hemácias=zero, proteína=32mg/dL, glicose=88mg/dL.
- b) Leucócitos=  $33/\text{mm}^3$ , hemácias=zero, proteína=29mg/dL, glicose=28mg/dL.
- c) Leucócitos=  $3/\text{mm}^3$ , hemácias=zero, proteína=32mg/dL, glicose=17mg/dL.
- d) Leucócitos=  $3/\text{mm}^3$ , hemácias=zero, proteína=242mg/dL, glicose=68mg/dL.

**73. ASSINALE A ALTERNATIVA CORRETA:**

- a) O osteossarcoma tem dois picos de incidência: em menores de 2 anos e maiores de 60 anos.
- b) O tumor de Wilms geralmente cursa com virilização.
- c) O tumor de sistema nervoso central é o tumor sólido mais comum em crianças.
- d) O fator de risco mais relevante para o desenvolvimento do tumor testicular é o trauma.

**74. NA AVALIAÇÃO DA EXPOSIÇÃO AO MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS POR MEIO DE TESTE DE HIPERSENSIBILIDADE RETARDADA AO DERIVADO PROTEICO PURIFICADO (PPD) EM UMA CRIANÇA DE 5 ANOS, QUAL DAS SEGUINTE SITUAÇÕES PODE ESTAR ASSOCIADA À POSSIBILIDADE DE RESULTADO FALSO-NEGATIVO?**

- a) Reação cruzada com a vacina BCG.
- b) Imunossupressão associada à desnutrição calórico-proteica grave.
- c) Uso de medicamentos anti-histamínicos até 10 dias anteriores ao teste.
- d) Exposição ambiental a micobactérias atípicas.

75. Dois irmãos gêmeos de sexos diferentes (M=masculino e F=feminino) aos 9anos procuram o pediatra para saber qual será a altura deles na vida adulta. Ambos estão com 130cm e não estão em puberdade. A mãe deles tem 160cm e o pai 173cm. **ASSINALE A ALTERNATIVA CORRETA.**

- a) A altura de M será próxima a do pai e de F próxima da mãe.
- b) A altura de M será próxima da mãe e de F próxima do pai.
- c) A altura de M e F será acima da altura da mãe.
- d) A altura de M e F será acima da altura do pai.



76. Menino, 1 mês, é trazido à Emergência com história de dificuldade para mamar, dispneia e cianose ao choro. Mãe nega febre e alterações de hábito intestinal e urinário. Refere suspeita de cardiopatia em ultrassonografia durante a gestação e que foi solicitada avaliação cardiológica após o nascimento, porém ainda não conseguiu marcar a consulta. Exame físico: estigmas compatíveis com Síndrome de Down; ativo; descorado +/4+; FC=120bpm; FR=60irpm, oximetria de pulso=93% (ar ambiente); discreta tiragem subdiafragmática; pulmões: murmúrio vesicular presente com roncos esparsos; coração: sopro sistólico 3+/6+ em borda esternal esquerda média e baixa e segunda bulha hiperfonética; abdome: fígado palpável a 2cm do rebordo costal direito e baço não palpável; pulsos palpáveis e simétricos; enchimento capilar=3segundos; extremidades frias. **CONSIDERANDO OS EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS, QUAL O PROVÁVEL ACHADO COMPATÍVEL COM ESTE QUADRO?**

- a) Infradesnívelamento de segmento ST.
- b) Sobrecarga de câmaras direitas.
- c) Bloqueio de ramo direito.
- d) Hemibloqueio anterior esquerdo.

77. A mãe de um menino de 9 anos procura o pediatra queixando-se de baixa estatura. Relata que vem percebendo nos últimos 18 a 24 meses que o menino não está mais crescendo. Neste período começou a ganhar peso e ficar mais desatento na escola. Sem quaisquer outras queixas. Cresceu 3cm nos últimos 12 meses. Exame físico: estatura entre os percentis 3 e 10; peso entre os percentis 50 e 75; sem sinais de puberdade. Demais dados do exame físico normais. **ASSINALE A ALTERNATIVA CORRETA EM RELAÇÃO AO CRESCIMENTO:**

- a) Crescimento anormal por provável hipotireoidismo adquirido.
- b) Crescimento normal com obesidade exógena.
- c) Crescimento e peso normais.
- d) Crescimento anormal por deficiência de hormônio de crescimento.

78. Menina, 5 anos, com história de dificuldade de se alimentar há seis meses. Refere que os alimentos ficam "presos" no peito, o que causa desconforto e episódios ocasionais de vômito após as refeições. Antecedentes pessoais: rinite alérgica e dermatite atópica. Biópsia esofágica: infiltrado de eosinófilos (mais de 15 eosinófilos por campo de grande aumento). **O TRATAMENTO INICIAL PARA ESSA CONDIÇÃO É:**

- a) Trimebutina.
- b) Prednisona.
- c) Inibidor de bombas de prótons.
- d) Inibidores de leucotrienos.

**O CASO CLÍNICO ABAIXO ESTÁ RELACIONADO ÀS QUESTÕES 79 E 80.**

Menina, 7 anos, vítima de traumatismo cranioencefálico grave internada há 24 horas. Está estável, intubada e sob ventilação mecânica, com monitorização de pressão intracraniana (PIC), pressão arterial invasiva (PAI), pressão venosa central (PVC) e, portanto, monitorização da pressão de perfusão cerebral (PPC). Sedada adequadamente com fentanil e midazolam contínuo, cabeceira a 30° com cabeça em posição neutra, com sonda vesical de demora. Apresenta aumento sustentado da PIC em 30mmHg por 5 minutos com sedação adequada, sem sinais de dor, conectada à ventilação mecânica com tubo endotraqueal em posição adequada, saturação de oxigênio=95%, normotérmica, sem sinais de crise convulsiva e com pupilas isocóricas e fotorreagentes. Glicemia capilar normal.

**79. A CONDUTA RECOMENDADA NESTE MOMENTO É:**

- a) Hiperventilação.
- b) Solução salina hipertônica a 20% em bolus.
- c) Hipoventilação.
- d) Solução salina hipertônica a 3% em bolus.

**80. QUAL A FÓRMULA CORRETA PARA O CÁLCULO DA PPC?**

- a) PAM – PVC.
- b) PVC – PIC.
- c) PAM – PIC.
- d) PIC – PVC.