

NEUROLOGIA PEDIÁTRICA

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 2022 – 1ª FASE
NEUROLOGIA PEDIÁTRICA

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. A doença de Alzheimer é o tipo mais comum de demência e seu tratamento inclui o uso de medicação inibidora da acetilcolinesterase. Dentre as drogas abaixo, todas são inibidoras da acetilcolinesterase, EXCETO:

- a) Donepezil.
- b) Galantamina.
- c) Pramipexol.
- d) Rivastigmina.

2. Quanto ao desenvolvimento neuropsicomotor normal de uma criança, é correto afirmar que aos 24 meses, a criança deve estar falando pelo menos:

- a) 15 palavras.
- b) Palavra frase (uma palavra significa a frase toda).
- c) Frases simples com pelo menos duas palavras.
- d) Frases com mais de 5 palavras.

3. Doenças que afetam as fibras grossas dos nervos periféricos e os funículos posteriores da medula produzem déficit proprioceptivo, determinando perda da consciência posicional dos membros, deixando o paciente dependente do sistema visual para coordenação da marcha. Qual o tipo de marcha apresentada por estes pacientes?

- a) Marcha talonante.
- b) Marcha em tesoura.
- c) Marcha escarvante.
- d) Marcha anserina.

4. Paciente de 8 anos de idade é encaminhado para avaliação por dificuldade escolar (ainda não está completamente alfabetizado). Não apresenta nenhum antecedente gestacional, neonatal ou patológico relevante. A família refere que ele tenta fazer as lições, se esforça, mas não acompanha o ritmo da classe. Após investigação cuidadosa o diagnóstico de TDAH é feito. Qual o tratamento de escolha nesse caso?

- a) Cafeína.
- b) Metilfenidato.
- c) Triptofano.
- d) Manter sem medicação.

5. No exame neurológico, o sinal de Romberg positivo significa:

- a) Disfunção cerebelar.
- b) Disfunção de cordão posterior da medula.
- c) Disfunção vestibular.
- d) Disfunção do labirinto.

6. Lactente de 2 anos de idade, com história de convulsão febril simples há 7 dias (crise tônico-clônica generalizada, duração de 2 minutos, sem recorrência em 24 horas) é atendido no ambulatório. Família refere que essa foi a única convulsão da vida e não apresenta nenhum antecedente patológico relevante. O exame neurológico é normal. Quais exames devem ser pedidos?

- a) Ressonância magnética de crânio e eletroencefalograma.
- b) Tomografia computadorizada de crânio e eletroencefalograma.
- c) Eletroencefalograma.
- d) Nenhum exame deve ser pedido.

7. Com relação às características do tremor frequentemente presente na doença de Parkinson, assinale a alternativa CORRETA:

- a) Simétrico, de alta frequência, piora na ação.
- b) Assimétrico, de baixa frequência, piora no repouso.
- c) Assimétrico, melhora no repouso e com dismetria na prova índice-nariz.
- d) Simétrico, melhora no repouso, sem dismetria na prova índice-nariz.

8. Paciente de 63 anos, sexo feminino, apresenta fraqueza muscular progressiva acometendo mãos, braços, pernas e músculos da fala. Também refere fasciculações musculares. O exame neurológico mostra fraqueza difusa, reflexos ósteo-tendíneos exaltados globalmente. Com relação à hipótese diagnóstica assinale a alternativa CORRETA:

- a) Esclerose múltipla.
- b) Miastenia gravis.
- c) Esclerose lateral amiotrófica.
- d) Amiotrofia espinhal.

9. Paciente de 38 anos, sexo masculino, apresenta cefaleia hemicraniana de forte intensidade, associada à lacrimejamento, obstrução nasal e discreta semi-ptose ipsilateral ao lado da dor. A dor dura cerca de 20 minutos. A dor tem sido diária há 15 dias. Com relação à hipótese diagnóstica assinale a alternativa CORRETA:

- a) Cefaleia em salvas.
- b) Neuralgia do trigêmeo.
- c) Migrânea sem aura.
- d) Migrânea com aura.

10. Paciente de 35 anos, sexo masculino, apresenta anemia (Hemoglobina = 9.8, presença de macrocitose e neutrófilos hipersegmentados), paraparesia espástica e comprometimento da sensibilidade vibratória e propriocepção. Assinale a alternativa CORRETA quanto ao tratamento mais adequado:

- a) Reposição de ácido fólico.
- b) Reposição de vitamina B1.
- c) Reposição de vitamina B6.
- d) Reposição de vitamina B12.

11. Paciente de 7 meses, sexo masculino, apresenta episódios paroxísticos de contração tônica dos 4 membros, em flexão, com duração de 4 segundos. Estes episódios se repetem várias vezes com intervalo de aproximadamente 10 segundos. Ainda não apresenta sustento cefálico. Considerando que o diagnóstico é Síndrome de West, qual o achado esperado no EEG?

- a) Hipsarritmia.
- b) Complexo espícula-onda lenta generalizado, <2,5Hz.
- c) Ondas agudas generalizadas.
- d) Ondas agudas nas regiões centro-temporais.

12. Paciente de 12 meses de idade chega à unidade de emergência com história de ter apresentado crise tônico-clônica generalizada com duração de 1 minuto. Ao exame apresenta-se febril, sonolento e com abaulamento de fontanela anterior. Quanto à hipótese diagnóstica e conduta, assinale a alternativa CORRETA:

- a) Convulsão febril, observação clínica sem necessidade de nenhum fármaco anticrise.
- b) Convulsão febril, orientar uso de diazepam profilático se voltar a apresentar febre.
- c) Meningite bacteriana, antibioticoterapia.
- d) Tumor cerebral, tomografia de crânio, abordagem cirúrgica.

13. Discinesia tardia pode ocorrer após uso crônico de neurolépticos. Sempre que possível o uso de medicação neuroléptica deve ser evitado; além disso, medidas preventivas devem ser tomadas desde a infância. Assinale abaixo a alternativa INCORRETA.

- a) Usar a menor dose possível, pelo menor tempo necessário.
- b) Discinesia tardia não é dose dependente, portanto, doses baixas não fazem diferença na prevenção do quadro, mas o tempo de uso sim.
- c) Evitar o uso de neurolépticos antigos, e dar preferência para os mais modernos (atípicos).
- d) Antecedente de síndrome extrapiramidal aguda é fator de risco para desenvolver discinesia tardia; portanto, deve-se evitar o uso de neurolépticos nesses pacientes.

14. Paciente de 10 meses de idade, sexo feminino, apresenta hipotonia difusa desde o nascimento. O exame neurológico mostra reflexos osteo-tendíneos abolidos globalmente, força muscular grau 3 nos quatro membros, dificuldade para deglutição (engasgos frequentes) e fasciculação de língua. Considerando-se que o diagnóstico é amiotrofia espinal, qual o diagnóstico topográfico da doença:

- a) Nervos periféricos.
- b) Trato piramidal.
- c) Ponta anterior da medula.
- d) Cordão posterior da medula.

15. Paciente apresenta ao exame neurológico desvio de língua para direita, o que indica lesão de um dos nervos cranianos. Qual o nervo craniano acometido?

- a) Nervo hipoglosso direito.
- b) Nervo hipoglosso esquerdo.
- c) Nervo glossofaríngeo direito.
- d) Nervo glossofaríngeo esquerdo.

16. Quanto à síndrome de hemiseção medular (síndrome de Brown-Séquard) observamos, assinale a alternativa CORRETA:

- a) Perda da propriocepção e paralisia do neurônio motor superior ipsilateral à lesão, e perda da sensibilidade de dor e temperatura contralateral à lesão.
- b) Perda da propriocepção e paralisia do neurônio motor superior contralateral à lesão, e perda da sensibilidade de dor e temperatura ipsilateral à lesão.
- c) Paralisia do neurônio motor superior ipsilateral à lesão, e perda da propriocepção e sensibilidade de dor e temperatura contralateral à lesão.
- d) Paralisia do neurônio motor superior contralateral à lesão, e perda da propriocepção e sensibilidade de dor e temperatura ipsilateral à lesão.

17. Kernicterus é uma das causas mais comuns de paralisia cerebral discinética (encefalopatia bilirrubínica crônica). Quanto à fisiopatologia desta entidade, assinale a alternativa CORRETA:

- a) Doença hepática com impregnação de núcleos da base por bilirrubina direta.
- b) Doença hepática com impregnação de núcleos da base por bilirrubina indireta.
- c) Hemólise por incompatibilidade sanguínea materno-fetal com impregnação de núcleos da base por bilirrubina direta.
- d) Hemólise por incompatibilidade sanguínea materno-fetal com impregnação de núcleos da base por bilirrubina indireta.

18. Paciente de 18 anos apresenta episódios de queda abrupta ao solo (cataplexia), incapacidade para se mexer logo após o despertar (paralisia do sono) e sonolência diurna excessiva. Qual ao exame de escolha para definir o diagnóstico?

- a) Polissonografia e teste das múltiplas latências do sono.
- b) Ressonância magnética de crânio.
- c) Eletromiografia com estimulação repetitiva.
- d) Eletrencefalograma sob sono.

19. Paciente do sexo masculino, 73 anos, apresenta deterioração cognitiva progressiva associada a enurese e dificuldade de marcha. Qual o achado esperado no exame de ressonância de crânio?

- a) Dilatação ventricular.
- b) Atrofia lobos temporais bilateral.
- c) Alteração difusa do sinal em substância branca.
- d) RM crânio normal.

20. Paciente de 12 anos de idade apresenta dificuldade escolar há 1 ano. A família refere que até 10 anos sempre foi um aluno exemplar, mas agora apresenta raciocínio lentificado. A avaliação cognitiva mostra déficit intelectual leve. O pai da criança apresenta desde os 40 anos de idade quadro de demência associado à coreia, sendo diagnosticado com Coreia de Huntington. Após investigação molecular, o diagnóstico da criança também foi confirmado como Coreia de Huntington. Como você explica a apresentação clínica dentro da mesma família ser em idades tão diferentes?

- a) Herança autossômica dominante, com fenômeno de heteroplasmia.
- b) Fenômeno de antecipação, onde há menor expansão de trinucleotídeos CAG.
- c) Herança autossômica recessiva, com fenômeno de heteroplasmia.
- d) Fenômeno de antecipação, onde há maior expansão de trinucleotídeos CAG.

21. Paciente de 3 anos, sexo masculino, chega à unidade de emergência com febre de 39,5 graus Celsius, queda do estado geral, sonolência e rigidez de nuca. O exame do líquido mostra: leucócitos = 10.432, hemácias = 2, proteína = 98, glicose = 5, bacterioscopia = cocos gram negativos. Considerando que o diagnóstico é de meningite bacteriana, qual o nervo craniano mais frequentemente acometido por seqüela?

- a) Óptico.
- b) Facial.
- c) Vestibulococlear.
- d) Hipoglosso.

22. Paciente de 24 anos, sexo feminino, chega ao pronto-socorro após acidente automobilístico. O exame físico e neurológico são normais, exceto quando o examinador pergunta se ela sabe o que aconteceu e ela diz: "A última coisa que lembro é de sair de casa para ir para faculdade, depois só lembro do SAMU me tirando do carro e me trazendo para o hospital". Qual o tipo de amnésia apresentada pelo paciente?

- a) Amnésia anterógrada.
- b) Amnésia retrógrada.
- c) Amnésia dissociativa.
- d) Amnésia global transitória.

23. Paciente de 32 anos, sexo masculino, apresenta “queda do punho” à direita (fraqueza dos músculos extensores). Refere que foi dormir assintomático e logo ao despertar observou os sintomas. Qual o nervo periférico lesado?

- a) Nervo radial.
- b) Nervo mediano.
- c) Nervo ulnar.
- d) Nervo axilar.

24. Alteração pupilar é comum em pacientes com neurosífilis, principalmente pupila de Argyll Robertson. Assinale a alternativa correta quanto à caracterização desta alteração pupilar:

- a) Pupilas isocóricas, mas reagem lentamente à luz.
- b) Pupila com miose unilateral, associada à semi-ptose e anidrose.
- c) Pupilas pequenas, pouco reativas à luz, de tamanho irregular.
- d) Pupila se contrai menos em resposta ao estímulo luminoso direto do que a pupila contralateral.

25. Paciente de 76 anos apresenta oftalmoplegia no olho direito associada à ptose (disfunção do terceiro nervo craniano), mas sem midriase. A ressonância magnética de crânio é normal. Assinale a alternativa correta quanto à provável doença que está associada à esta condição:

- a) *Diabetes mellitus*.
- b) Aneurisma cerebral.
- c) Hipertensão arterial.
- d) Hipertrigliceridemia.

26. Paciente de 6 anos, sexo masculino, apresenta episódios de olhar parado com duração de até 10 segundos, seguidos por recuperação completa da consciência. Não apresenta sintomas pós-ictais. Nega a ocorrência de crise tônico-clônica generalizada. O eletrencefalograma mostra complexos regulares, generalizados de espícula-onda lenta, na frequência de 3 Hz com duração de 2 a 10 segundos. Qual a medicação de escolha para o tratamento deste paciente?

- a) Ácido valproico.
- b) Fenobarbital.
- c) Etossuximida.
- d) Topiramato.

27. Ainda sobre o paciente da questão anterior, qual o mecanismo de ação da medicação de escolha utilizada para tratar as crises descritas?

- a) Agonista gabaérgico.
- b) Inibidor da gabatransaminase.
- c) Bloqueador de canal de sódio.
- d) Bloqueador de canal t-cálcio.

28. Paciente de 8 anos com quadro de distonia há 2 anos, com flutuação diurna. Considerando que o diagnóstico correto é de Distonia Dopa Responsiva, qual a explicação para a flutuação diurna dos sintomas?

- a) Melhora ao longo do dia por fadiga muscular.
- b) Melhora ao longo do dia, devido à produção de dopamina obedecer ao ritmo circadiano.
- c) Piora ao longo do dia por fadiga muscular.
- d) Piora ao longo do dia, devido à produção de dopamina obedecer ao ritmo circadiano.

29. O diagnóstico do Transtorno do Espectro Autista deve ser realizado com base em qual dos instrumentos abaixo?

- a) Cariótipo e ressonância magnética de crânio.
- b) Questionário M-CHAT.
- c) Questionário CARS.
- d) Observação clínica.

30. Paciente de 32 anos é atendida no pronto socorro com cefaleia hemicraniana pulsátil, de forte intensidade, associada à fotofobia, fonofobia e náusea. Nega aura precedendo o quadro de dor. O diagnóstico de crise aguda de migrânea sem aura é feito e prescrito sumatriptano via oral com melhora dos sintomas. Qual o mecanismo de ação dos triptanos utilizados no tratamento da fase aguda da crise de migânea?

- a) Bloqueia canal de cálcio.
- b) Agonista serotoninérgico.
- c) Bloqueador dopaminérgico.
- d) Inibidor seletivo receptação serotonina.

31. Paciente de 6 anos de idade, apresenta baixa estatura, dificuldade visual e cefaleia com piora progressiva há 2 meses. Refere que acorda a noite com dor de cabeça e há dois dias iniciou vômitos diários no começo da manhã. O exame neurológico mostra edema de papila bilateral, campo visual não foi realizado por falta de colaboração da criança (mas claramente há dificuldade visual). Considerando o quadro clínico, qual o diagnóstico mais provável?

- a) Craniofaringeoma.
- b) Astrocitoma pilocítico de cerebelo.
- c) Glioblastoma multiforme occipital.
- d) Meduloblastoma em verme cerebelar.

32. Paralisia cerebral (PC) é caracterizada por encefalopatia crônica não progressiva devido a um insulto no cérebro imaturo (principalmente até os dois anos de idade). Cada tipo de insulto está associado a um tipo específico de manifestação clínica na PC. Assinale a alternativa INCORRETA:

- a) Leucomalácia periventricular está associada à PC diparético (diplégico).
- b) Anóxia a termo está associados à PC discinético.
- c) Encefalomalácia multicística difusa está associada à PC tetraparético.
- d) Kernicterus está associados à PC tetraparético.

33. Durante atendimento ambulatorial de paciente com Transtorno do Espectro Autista a mãe da paciente pede orientações sobre quais vacinas devem ser evitadas em crianças e irmãos de pacientes com TEA. Assinale a resposta CORRETA:

- a) Nenhuma vacina deve ser evitada.
- b) Evitar vacina tetra valente apenas no paciente com TEA.
- c) Não vacinar o paciente nem os irmãos, mas em caso de contato com varicela ou sarampo utilizar imunoglobulina humana.
- d) Vacinar normalmente com a primeira dose de todas as vacinas, mas evitar dose de reforço.

34. Transtorno de Tourette é um tipo de transtorno de tique caracterizado por todas as afirmativas abaixo, EXCETO:

- a) Múltiplos tiques motores e um ou mais tique vocal.
- b) Início ocorre antes dos 12 anos de idade.
- c) Tiques podem aumentar ou diminuir em frequência, mas persistem por mais de um ano.
- d) Tiques motores e vocais não precisam estar presentes ao mesmo tempo.

35. Todos os sinais/manobras abaixo são utilizados para avaliar a integridade da via piramidal, EXCETO:

- a) Hoffmann.
- b) Rossolimo.
- c) Tromner.
- d) Romberg.

36. Paciente de 7 anos, sexo masculino, apresenta fraqueza muscular progressiva, ascendente, ao longo da última semana. O exame neurológico mostra força grau 3 em membros inferiores e grau 4 em membros superiores. Nervos cranianos e restante do exame neurológico sem anormalidades. Exame de líquido cefalorraquidiano (lombar): leucócitos 2, hemácias 1, glicose 73, proteína 92. Qual a sua hipótese diagnóstica?

- a) Síndrome medular sub-aguda.
- b) Polirradiculoneurite aguda.
- c) Amiotrofia espinhal.
- d) ADEM (*acute disseminated encephalomyelitis*).

37. Mulher de 78 anos, apresenta cefaleia na região temporal esquerda há duas semanas, associada a fadiga e dor articular intermitente na mandíbula quando mastiga. O exame neurológico é normal, exceto por dor a palpação da artéria temporal esquerda. Qual o provável diagnóstico e exame inicial para investigação no pronto-atendimento?

- a) Cefaléia em salvas, solicitar ressonância magnética de crânio.
- b) Cefaléia em salvas, solicitar VHS.
- c) Arterite temporal, solicitar VHS.
- d) Arterite temporal, solicitar ressonância magnética de crânio.

38. Cefaleia é uma das principais queixas avaliadas pelo neurologista. Existem cefaleias primárias (migrânea, cefaleia tensional, cefaleia em salvas) e cefaleias secundárias (associadas à hipertensão, tumores, trombose seio venoso etc.). Todas as estruturas abaixo têm receptores de dor; portanto, podem estar associadas à fisiopatologia da cefaleia, EXCETO:

- a) Parênquima cerebral.
- b) Meninges.
- c) Couro-cabeludo.
- d) Vasos sanguíneos.

39. O exame neurológico nos primeiros meses de vida deve ser realizado com base na idade corrigida, em temperatura ambiente adequada, com bebê alerta e sem choro. São muitas as particularidades quando comparado ao exame neurológico do adulto, pois o bebê não consegue colaborar para realização de algumas manobras clássicas do exame neurológico. Qual manobra realizada nos primeiros meses de vida que é equivalente a manobra de Mingazzini habitualmente feita no adulto?

- a) Manobra de tração.
- b) Medida do ângulo poplíteo.
- c) Manobra da beira da cama.
- d) Manobra do cachecol.

40. Esclerose tuberosa é uma doença multi-sistêmica onde a manifestação neurológica caracteriza-se por atraso global do desenvolvimento neuropsicomotor de predomínio cognitivo, transtorno do espectro autista, epilepsia, dificuldade escolar e distúrbio do comportamento. Qual a neoplasia cerebral mais frequentemente associada à esclerose tuberosa?

- a) Astrocitoma pilocítico.
- b) Astrocitoma de células gigantes.
- c) Astrocitoma grau 1, difuso.
- d) Glioma de ponte.

41 Paciente do sexo masculino, 15 meses de idade, chega ao consultório médico com queixa de sangramento vivo nas fezes (uma colher de sobremesa mais ou menos). Um a dois episódios diários, acompanhado de fezes semi-pastosas. O quadro teve início há três meses; recebeu o diagnóstico de alergia a proteína do leite de vaca (APLV) e iniciou dieta de restrição, sem melhora. Também recebeu antiparasitário, sem melhora. Nega febre ou vômitos. Ao exame físico palidez cutâneo mucosa, taquicardia e dor abdominal difusa à palpação. Apesar de sentir muita fome, perdeu cerca de dois quilos em três meses. Assinale a afirmativa CORRETA quando a este caso:

- a) A manutenção do sangramento se dá pela não adesão à dieta de restrição. É sabido que a presença de sangue nas fezes é achado patognomônico de APLV.
- b) Alergias alimentares múltiplas são muito comuns. A manutenção dos sintomas se deve a não exclusão de outros alimentos, o que deve ser realizado empírica e imediatamente.
- c) O diagnóstico de malformações arteriovenosas é o que se impõe para este paciente, pois pólipos sangrantes são comuns em lactentes.
- d) É obrigatória a investigação de Doença inflamatória intestinal de início muito precoce, com colonoscopia, biópsia e avaliação imunológica concomitante.

42 Paciente de 12 anos de idade, sexo feminino, chega ao consultório acompanhada dos pais, com dermatite atópica grave diagnosticada aos seis anos de idade. Ao exame físico pele xerótica, lesões descamativas, pruriginosas, algumas exsudativas, acometendo tronco, membros e face e couro cabeludo. Não permite o exame físico e se recusa a conversar; relata que não gosta que a toquem e que não suporta a visão de suas lesões de pele. A mãe refere que as lesões e este comportamento se agravaram após a pandemia COVID 19. Assinale a alternativa correta:

- a) Preocupações adicionais não são necessárias. Este comportamento é esperado para paciente com dermatite atópica. A concomitância de quadros psiquiátricos é rara em adolescentes e jovens com esta doença.
- b) Este comportamento se dá pois não foram retirados de leite e ovos da dieta. Sabe-se que em todos os casos de dermatite atópica há alergia alimentar associada e a dieta de restrição muda drasticamente a evolução da doença grave.
- c) Paciente com possível necessidade de tratamento com imunossupressores e/ou imunomoduladores, assim como acompanhamento psiquiátrico. Deve ser encaminhada prontamente à serviço com acesso ao cuidado multidisciplinar.
- d) Quadros como esses são comuns em adolescentes. Hidratação da pele, corticoide tópico e via oral, além de um curso de antibiótico serão suficientes para o controle das lesões. A melhora do comportamento virá na sequência.

43 Menino, nove anos de idade chega ao Ambulatório de Pediatria, encaminhado para investigação de “imunidade baixa” por apresentar episódios recorrentes de amigdalite e otite. É atópico – tem rinite persistente não controlada, IgE elevado e eosinofilia. A investigação complementar mostrou IgA 16 mg/dl (abaixo do segundo desvio padrão para a idade), com IgG e IgM normais. Assinale a alternativa CORRETA:

- a) O diagnóstico está definido para deficiência seletiva de IgA. Não são necessários exames ou consultas médicas periódicas, pois esta imunodeficiência não evolui com co-morbidades.
- b) A confirmação do diagnóstico de Deficiência Seletiva de IgA necessita de pelo menos três dosagens intervaladas. O acompanhamento clínico é necessário, pois uma porcentagem desses pacientes pode evoluir com co-morbidades relacionadas à esta.
- c) Em crianças, a deficiência de IgA é sempre transitória; dosagens periódicas irão revelar aumento dos níveis dessa imunoglobulina com normalização até a puberdade.
- d) Não há associação descrita entre deficiência de IgA e atopia; este foi um achado fortuito.

44 Menino, dez anos de idade vem ao Ambulatório de Pediatria com quadro de plaquetopenia (oscilando entre 10.000 e 50.000 plaquetas) associada a epistaxes recorrentes e petéquias, de início a dois anos. Recebeu em outro serviço o diagnóstico de Púrpura trombocitopenica idiopática (PTI) e vem fazendo uso de corticoide via oral, sem melhora. Há história familiar de um aborto (feto do sexo masculino) e um óbito de um irmão aos três anos de idade por infecção generalizada (SIC). Assinale a alternativa CORRETA:

- a) A PTI é evento comum em crianças e pode ter evolução de 12 meses a 48 meses. A manutenção do tratamento como prescrito é suficiente para a cura.
- b) É mandatória a investigação de doenças do sistema imunológico; a plaquetopenia pode ser de origem estrutural ou autoimune, com diferentes propostas terapêuticas.
- c) A história familiar não é relevante para este caso; deve ser realizada somente intensa investigação do ambiente, para eliminar contato com inseticidas ou outros produtos químicos causadores da plaquetopenia.
- d) O aumento da dose do corticóide costuma ser suficiente para aumento do número de plaquetas, porém para muitos pacientes a esplenectomia é a única medida curativa.

45 Um lactente de 15 meses estava deambulando por uma sacada, abriu um portão e caiu da altura de um degrau há 3 horas, apresentando 1 episódio de vômito; vem com choro forte e sem perda de consciência. Trazido ao hospital para avaliação, está com Escala de Coma de Glasgow 15, pupilas isocóricas e fotorreagentes, vigil e orientado. Ao exame físico, não há hematoma subgaleal. Realizado RX de crânio, sem evidência de fratura. A conduta a seguir na unidade de emergência pediátrica é:

- a) Repetir RX crânio e cervical em 12 horas.
- b) Permanecer em observação na Unidade de Emergência Pediátrica para completar 6 horas.
- c) Exame de Fundo de Olho.
- d) Angiotomografia de crânio.

46 No atendimento de uma criança de 11 meses de vida que foi vítima de queda acidental de uma escada, com trauma crânioencefálico leve a moderado, ao avaliar o nível de consciência pela Escala de Coma de Glasgow modificada para lactentes, é observado:

- a) Palavras inapropriadas e sons incompreensíveis.
- b) Decorticação e descerebração.
- c) Flexão normal e localização a dor.
- d) Balbucio e retirada ao toque.

47 Ao recebermos uma criança de 8 meses de vida na unidade de emergência pediátrica trazida pela vizinha, no período após crise convulsiva generalizada, apresentando apatia e sonolência e o relato de ter sido segura pelas axilas e agitada no ar pelos genitores, podemos considerar o diagnóstico de Síndrome do Bebê Sacudido (Shaken Baby Syndrome). O exame complementar indicado e o achado do diagnóstico, são:

- a) Tomografia de crânio sem contraste e hematoma subdural.
- b) Radiografia de crânio/cervical e fratura frontal.
- c) Líquor por punção lombar e hemorragia cerebral.
- d) Fundo de Olho e glaucoma com neovascularização.

48 Na sala de emergência pediátrica, entre os recursos disponibilizados no carrinho de urgência para ao atendimento de uma criança de 3 anos de idade, e que é trazida entubada pelo resgate por conta de uma parada cardiorrespiratória após crise convulsiva generalizada prolongada no domicílio, podemos utilizar:

- a) Epinefrina, adenosina, potássio, ibuprofeno, acetaminofen, lidocaína e levotiracetam.
- b) Adrenalina, valproato de sódio, topiramato magnésio, fenitoína, penicilina e midazolam.
- c) Adrenalina, amiodarona, cálcio, levotiracetam, carbamazepina, acetaminofen e codeína.
- d) Epinefrina, glicose, fenobarbital, fentanil, atropina, diazepam e midazolam.

49 No atendimento de uma lactente de 8 meses previamente hígida com história de coriza e tosse há 48 horas, evoluindo afebril, inapetente, com vômitos e piora respiratória (retração subcostal) em unidade de emergência pediátrica. Apresenta, ao exame físico, palidez cutânea, frequência respiratória de 55 inspirações por minuto, expiração prolongada, obstrução nasal e muita tosse secretiva. A oximetria de pulso oscila entre 91% e 94%. Podemos considerar o diagnóstico clínico e as condutas iniciais:

- a) Pneumonia atípica e antibioticoterapia correspondente (por exemplo, azitromicina).
- b) Pneumonia típica e atípica; antibioticoterapia de amplo espectro para ambas as coberturas (por exemplo, ampicilina e azitromicina).
- c) Bronquiolite Viral Aguda; tratamento com corticoterapia e broncodilatador inalatórios e cobertura de Influenza com antiviral (por exemplo, oseltamivir).
- d) Bronquiolite Viral Aguda e oxigenioterapia ou avaliar métodos de ventilação (por exemplo, ventilação não invasiva)

50 Em um lactente 5 meses de vida, previamente hígido, com diagnóstico de Bronquiolite Viral Aguda (BVA) por Vírus Sincicial Respiratório (VSR) com melhora progressiva da intensidade dos sintomas com oxigenioterapia e no sexto dia de doença clínica, podemos observar na evolução da criança:

- a) Duração da doença por ainda três semanas, ou mais.
- b) Presença de espessamento peribrônquico e perfusão pulmonar em mosaico, neste momento.
- c) Coinfecção com pneumonia por bactérias aeróbias no final da primeira semana de doença.
- d) Resposta favorável na segunda semana de doença.

51 Paciente com 10 semanas de vida é encaminhado a seu consultório de pediatria geral para avaliação de vômitos (SIC). A mãe refere que o lactente apresenta vômitos pós alimentares constituídos de leite talhado. O quadro começou por volta de um mês de vida e persiste, agora com maior frequência, o que a preocupa. Também tem medo que vomite durante o sono. Nega náuseas precedendo os vômitos e irritabilidade. Acompanha o ganho de peso e a imunização básica na unidade básica de saúde e o pediatra do posto refere bom ganho ponderal. Dieta: oferece o peito a cada 3 horas e, como está com pouco leite, após o peito, oferece 210 ml de fórmula de partida. Exame físico: Peso atual: 5420 g. Corado, hidratado, ausculta tórax sem alterações. Abdômen globoso, flácido, fígado a 2 cm rebordo costal direito, baço não percutível ou palpável. Genitais masculinos, típicos. Conduta:

- a) Prescrever fórmula anti-regurgitação e suspender aleitamento materno.
- b) Modificar o volume das mamadas, decúbito supino durante o sono.
- c) Decúbito prono durante o sono e espessar a fórmula.
- d) Prescrever um pró-cinético e fórmula anti-regurgitação.

52 Menino de 8 anos vem ao consultório do pediatra com queixa de dor abdominal há 1 ano. Refere dor abdominal difusa, diária, desencadeada pela alimentação, muitas vezes interrompe a refeição por sentir dor e por saciedade precoce. A mãe associa o início da dor com o início das atividades escolares presenciais, estuda no período vespertino, mas às vezes tem dor após o jantar. Apesar da dor está ganhando peso, a mãe refere que come, no total, 3 pãezinhos franceses com manteiga quando volta da escola e ao longo do dia. Nega vômitos, nega alteração de hábito urinário. Evacua uma vez a cada 4 dias, fezes firmes, Bristol tipo I. Ao exame físico aparenta sobre peso, corado, sem adenomegalias, tórax sem alterações, abdome globoso, flácido, cicatriz umbilical plana, fígado palpável no rebordo costal direito. Genitais masculinos típicos, G1P1. Conduta:

- a) Solicitar sedimento urinário, hemograma, dosagem de aminotransferases.
- b) Solicitar radiografia simples de abdome e sedimento urinário.
- c) O diagnóstico é clínico, indico tratamento imediato.
- d) Encaminho ao especialista para investigação.

53 ACG, 7 anos, feminina, branca, estudante, natural de Pedreira, SP. Constipação desde os 6 meses de vida, após iniciar a alimentação sólida. Utilizou supositórios de glicerina com frequência e fez 4 lavagens intestinais em pronto atendimento no último mês. Mãe está orientada a fazer uma dieta rica em fibras, porém a criança não aceita bem. Já fez uso de diversas medicações, sem melhora. A frequência das evacuações é 1 a cada 7 dias, fezes calibrosas, com desconforto e que por vezes entopem o vaso sanitário. Apresenta perda involuntária de fezes na roupa íntima, 5 a 10 vezes ao dia. Ao exame físico apresenta estatura e peso adequados para a idade, massa papável em hipocôndrio direito, ruídos hidroaéreos presentes. Na sua avaliação:

- a) A remoção da impactação fecal deve ser postergada.
- b) Trata-se de uma incontinência fecal não retentiva.
- c) Deve-se iniciar o tratamento com medidas dietéticas e aumento da ingestão hídrica e observar a resposta.
- d) É um caso de constipação que não apresenta sinais de alarme.

54 Lactente, sexo masculino, 3 meses, afro-descendente. Mãe refere quadro de choro e irritabilidade desde a primeira semana de vida. Há 15 dias, associado a choro e irritabilidade, em apresentando redução na aceitação alimentar, levado para pronto atendimento, que encaminhou relatório com os seguintes diagnósticos: desidratação, realizado 2 expansões com SF, infecção de ouvido, prescrito amoxicilina por 7 dias. Paciente manteve aceitação alimentar reduzida. Após 15 dias retornou no pronto atendimento com as mesmas queixas. No relatório do atendimento foi descrito paciente desidratado, realizado expansão volêmica. Realizado USG de abdome e transferido ao serviço atual.

IC: Nega febre, vômitos, diarreia. Refere fezes pastosas 2-3x/dia. Nega alterações na diurese e sintomas respiratórios. AG: RNT/GIG, IG 39+3, 4040g, estatura 52 cm, PC 37 cm, Apgar 10/10. Eliminação de mecônio ainda em sala de parto. Alta em aleitamento misto. Teste do pezinho- refere que pediatra avaliou o resultado e estava normal ALIMENTAÇÃO: Fórmula de partida 150 ml 3/3h- no momento aceitando em torno de 50 ml. Peso: 6 kg. BEG, ativo, reativo, irritado, corado, hidratado, acianótico, anictérico, afebril. FC: 130 bpm. FR: 45 irpm Tax: 36,3 Sat: 99% ar ambiente Sem sinais de desidratação. Exame do tórax sem anormalidades, sem sinais de desconforto respiratório, abdômen: globoso, flácido, sem visceromegalias. Exames alterados indicaram = alcalose metabólica, hiponatremia, hipopotassemia, hipocloremia, sódio urinário baixo, cloro urinário baixo. Imuno Tripsina Reativa -TESTE DO PEZINHO: 72µg/L (normal até 79) CLORO NO SUOR: 91 mEq/L (normal até 30 mEq/L). Hipótese diagnóstica:

- a) Diabetes insipidus.
- b) Pseudo-Bartter.
- c) Estenose hipertrófica de piloro.
- d) Alergia à proteína do leite de vaca.

55 Durante a avaliação de dois irmãos, o Pediatra não encontra nenhuma anormalidade, e no exame das características sexuais secundárias descreve que: o menino (M) com 12 anos de idade apresenta pênis com 4 cm de comprimento, sem aumento no diâmetro, pêlos lisos e finos em bolsa escrotal e testículos com 3 cm de comprimento no maior eixo bilateralmente (5 cm^3); enquanto que a menina (F) com 10 anos apresenta tecido glandular mamário de 1,5 cm de diâmetro, sub-areolar à direita e ausência de tecido glandular à palpação à esquerda (segundo a mãe a mama do lado direito apareceu há 2 meses), pêlos finos e lisos na região vulvar. Em relação à classificação do desenvolvimento puberal, de acordo com os critérios de Marshall & Tanner, sendo G para genital, M para mama e P para pêlos:

- a) M: G2, P1; F: M2 à direita, M1 à esquerda, P1.
- b) M: G1, P0; F: M1 à direita, M0 à esquerda, P1.
- c) M: G1, P1; F: M2 à direita, M1 à esquerda, P1.
- d) M: G0, P0; F: M1 à direita, M0 à esquerda, P0.

56 Uma criança de 6 anos de idade portadora de Síndrome de Down apresenta na avaliação laboratorial rotineira tireoideana os seguintes resultados: anticorpo anti-tireoperoxidase positivo, anticorpo anti-tireoglobulina positivo, T4 livre = $1,2 \mu\text{g/dL}$ (normal de 0,7 a 1,9), TSH ultra-sensível = $6,8 \text{ mUI/L}$ (normal de 0,2 a 4,5). Em relação ao diagnóstico e à conduta, assinale a alternativa CORRETA:

- a. hipotireoidismo adquirido por Tireoidite auto-imune – reposição com L-tiroxina.
- b. tireoidite auto-imune eutireoideana – repetir exames em 12 meses.
- c. tireoidite sub-aguda com exames não esclarecedores da função tireoideana – realizar teste de estímulo com TRH.
- d. tireoidite auto-imune com hipotireoidismo sub-clínico – repetir dosagem de T4 livre e TSH ultra-sensível em 3 a 6 meses.

57 Dois irmãos adolescentes procuram o Pediatra para saber porque a altura entre eles é muito diferente. A menina (F) com 16 anos, menarca há 5 anos, já parou de crescer há 2 anos, está com 162 cm, e o menino (M) com 17 anos, também já parou de crescer há 2 anos, está com 175 cm. A mãe deles tem 157 cm e o pai 180 cm. Assinale a alternativa CORRETA:

- a. as alturas de M e F foram as esperadas de acordo com a altura dos pais.
- b. a altura de M foi abaixo da esperada para a altura dos pais.
- c. não era esperada uma diferença tão grande entre as alturas finais de dois irmãos.
- d. não se pode afirmar nada pois os pais têm alturas muito diferentes.

58 Menino de 13 anos de idade relata dor e nodulação na região mamária há 6 meses. Desde os 11 anos e meio relata ter iniciado aumento do pênis e pilificação genital. Nega quaisquer outras queixas e uso de medicamentos ou drogas ilícitas. Ao exame físico: saudável sem alterações ao exame físico geral e especial, exceto, estadio G3 (pênis com 8 cm de comprimento), P3, testículos de cerca de 10 cm³ bilateralmente, tecido glandular mamário bilateral com cerca de 4 cm de diâmetro (MIII bilateral). Assinale a alternativa CORRETA em relação à causa mais provável da ginecomastia e a conduta a ser realizada:

- a) Ginecomastia puberal – expectante, pois na grande maioria dos casos há regressão espontânea.
- b) Síndrome de Klinefelter – mamoplastia.
- c) Ginecomastia por uso de droga ilícita, como a maconha (principal causa na adolescência, apesar da falta do dado na história) – suspensão da droga.
- d) Tumor testicular produtor de estrógeno – orquiectomia.

59 Em relação ao Diabetes relacionado à Fibrose Cística, qual é sua etiologia e como deve ser tratado? Assinale a alternativa correta.

- a) É um diabetes tipo 2, ocorre devido a um quadro de resistência insulínica e deve ser tratado com hipoglicemiantes orais.
- b) É um diabetes tipo 1B, ocorre devido a um quadro de deficiência insulínica e deve ser tratado com insulina.
- c) É um diabetes secundário ao uso de medicação que leva a um quadro de resistência insulínica e deve ser tratado com hipoglicemiantes orais.
- d) É um diabetes classificado como outros tipos de diabetes que ocorre devido à perda das ilhotas pancreáticas associado a uma resistência insulínica e deve ser tratado com insulina.

60 Criança de 3 anos de idade, pesando 15 kg, com diabetes tipo 1 diagnosticado há 1 ano, vem em uso de insulina NPH 12U cedo e 8U antes do jantar, mais insulina Regular 2U se glicemia maior que 200 mg/dl. Traz uma Hemoglobina glicada de 8% e mãe refere controles muito variados com hipoglicemias entre as refeições e madrugada principalmente. Glicemias dos últimos três dias:

jejum: 145, 200, 274

pós café: 250, 190, 275

pré almoço: 110, 45, 60

pós almoço: 330, 270, 180

pré jantar: 280, 56, 71

ceia: 185, 198, 220

madrugada: 50, 128, 135

Os seguintes reajustes deveriam ser feitos, exceto:

- a) reduzir a dose total de insulina e distribuir a dose de modo que a insulina basal varie entre 30 e 50% da dose total.
- b) definir um "bolus alimentação" de acordo com a dieta programada e a razão insulina/carboidrato pré-estabelecida.
- c) calcular o fator de sensibilidade e estipular as metas glicêmicas para cálculo do "bolus" correção.
- d) aumentar a dose de NPH da manhã de modo a cobrir melhor o almoço e impedir as hiperglicemias pós prandiais e reforçar o lanche da manhã e ceia para evitar as hipoglicemias

61 Escolar, sexo feminino, 6 anos é encaminhada pelo médico da UBS para investigar etiologia de estrias em abdômen. Mãe refere que criança tem boa saúde, hábito intestinal 1 vez a cada dois dias e sem queixas urinárias. Nega uso de medicamentos, inclusive pomadas. Peso de nascimento 3400g, comprimento 51cm. Apgar 8 e 9. Sem intercorrências neonatais. Bom desenvolvimento neuropsicomotor, bom aproveitamento escolar. Filha única, pais primos em segundo grau. Altura do pai: 175cm, altura da mãe: 160cm. Traz dados de consulta aos 4 anos com peso de 20kg (zscore = 1,54) e altura de 104cm (zscore = 0,69) e sem alterações no exame físico. Na consulta atual: Peso = 34 kg (zscore = 2,49), Estatura = 126 cm (zscore = 2,02). IMC = 21,4 kg/m² (zscore = 2,21), PA = 90x50 mmHg, FC = 80 bpm. BEG, hidratada, corada. Ausculta cardíaca e pulmonar normais. Abdome globoso, flácido, sem massas palpáveis com estrias em grande quantidade algumas violáceas outras já esbranquiçadas. Estadio puberal Tanner I para mamas e pelos. Membros sem edema e pulsos simétricos. Qual das alternativas abaixo poderia explicar tal quadro clínico:

- a) síndrome de Cushing.
- b) hipotireoidismo adquirido.
- c) obesidade exógena.
- d) síndrome de Prader-Willi.

62 Paciente masculino chega ao consultório com 15 dias de vida, foi convocado para consulta médica no Serviço de Referência em Triagem Neonatal por apresentar: TSH neonatal em papel filtro 21 mUI/ml. RNT, AIG, IG= 41 semanas, parto vaginal, Peso de nascimento: 3250g, Comprimento: 50 cm, Apgar: 9-10, Alta no terceiro dia de vida. Sem intercorrências neonatais. Mãe hígida, 25 anos, G1P1, pré-natal adequado, sem intercorrências. Sem história de doença tireoideana ou uso de qualquer medicação. Exame confirmatório coletado aos 12 dias de vida: TSH 45 mUI/ml T4 livre 1,14 ng/dl Em relação ao caso apresentado é incorreto afirmar:

- a) deve-se iniciar o tratamento com levotiroxina sódica o mais breve possível.
- b) no Brasil, até o momento, só existem apresentações da levotiroxina sódica em comprimido, mas a solução líquida pode ser manipulada.
- c) o acompanhamento deve ser feito com dosagens periódicas de TSH e T4 livre, avaliando-se também clinicamente o desenvolvimento neurológico e pôneiro estatural.
- d) aos três anos de idade, deve-se suspender a medicação por curto período de tempo e reavaliar o quadro, pensando-se na possibilidade do diagnóstico de hipotireoidismo congênito transitório, caso não se tenha realizado investigação etiológica antes do início do tratamento.

63 O Centro Obstétrico avisou que será realizado um parto cesáreo. A Sra. Maria Antonia, 32 anos, fez 7 consultas ao serviço de pré-natal na UBS em seu bairro. Neste período foi identificada hipertensão arterial e medicada com metildopa. Observou-se também restrição do crescimento intrauterino nos últimos 2 meses. As sorologias maternas estavam negativas e seu tipo de sangue é O+. Atualmente com 38 semanas gestacionais, apresentou picos hipertensivos intermitentes, com cardiografia não favorável e foi indicada a interrupção da gestação. Seu filho nasceu vigoroso, com 2350g (abaixo do percentil 10 da curva do Intergrowth), 48cm de comprimento (próximo ao percentil 50 da curva do Intergrowth) e Apgar 09/10. Realizado o clampeamento do cordão com 2 minutos de vida e ficou pele a pele com sua mãe na primeira hora de vida, iniciando a amamentação. O binômio foi conduzido ao Alojamento Conjunto. Responda quais das afirmativas abaixo são verdadeiras.

- a) O recém-nascido deve ser classificado como a termo, de peso pequeno para a idade gestacional e de baixo peso ao nascer.
- b) Este recém-nascido é de risco para hipoglicemia, policitemia e outras intercorrências. Deve participar do protocolo de vigilância da glicemia durante as primeiras 48h de vida ou mais se necessário.
- c) O aleitamento materno deve ser complementado com fórmula láctea ou hidratação endovenosa com glicose desde o primeiro dia, visto que a mãe, por dor atribuída ao parto operatório, pode não produzir leite suficiente para as necessidades do seu filho.
- d) Como consequência do retardo de crescimento intrauterino tardio, deve ser esclarecido para a família que seu filho apresenta grande probabilidade de baixa estatura e síndrome metabólica na idade adulta.

As respostas corretas são:

- a) As afirmações A e B estão corretas.
- b) Todas as afirmações acima estão corretas.
- c) As afirmações A, B e D estão corretas.
- d) As afirmações A, B e C estão corretas.

64 Você está numa consulta na Unidade Básica de Saúde atendendo um RN a termo, de sexo masculino e raça negra, com 16 dias de vida que está em aleitamento exclusivo ao seio materno. Peso ao nascer de 3250g e peso da alta hospitalar após o parto de 3020g. Estatura de 50cm, Apgar 9 e 10. Ao exame físico está em BEG, corado, com icterícia clínica até zona IV de Kramer, fígado a 2 cm da RCD e baço não palpável. Restante do exame físico normal. Peso no dia do atendimento de 3450g. Em relação ao quadro clínico apresentado acima selecione a alternativa correta.

- a) Trata-se de uma icterícia fisiológica prolongada e será necessária uma dosagem da BT.
- b) A dosagem da BT total e frações, triagem neonatal para hipotireoidismo e um exame de Urina tipo I são necessários para estabelecer o diagnóstico mais provável.
- c) A causa mais freqüente da icterícia apresentada é deficiência de G6PD visto tratar-se de RN masculino de raça negra
- d) O mecanismo fisiopatológico para a icterícia apresentada é um polimorfismo do promotor da enzima betaglicuronidase.

65 RN termo adequado para idade gestacional, 27 horas de vida, com diagnóstico de encefalopatia hipóxico isquêmica grave. Está em hipotermia terapêutica, ventilação mecânica, em uso de óxido nítrico, droga vasoativa e fenobarbital. Mantém oximetria 93-96%, frequência cardíaca 85-95 bpm, pressão arterial 63x45 mmHg e temperatura esofágica mantida em 32,4°C. Glicemia 125 mg/dl e plaqueta de 67.000/ml, após transfusão de concentrado de plaquetas. Nessa situação clínica, a hipotermia terapêutica deve ser interrompida devido a:

- a) Hipertensão pulmonar com necessidade de óxido nítrico
- b) Manutenção de bradicardia com necessidade de droga vasoativa
- c) Plaquetopenia mantida pós transfusão de concentrado de plaquetas
- d) Hipotermia mantida abaixo de 33°C

66 Gestante de 28 anos, primigesta, 39 semanas de idade gestacional por ultrassom precoce, diabética controlada com dieta e com pré-natal regular durante a gestação. Entra em trabalho de parto com descolamento prematuro de placenta e com sofrimento fetal, sendo indicado parto cesárea de urgência. Recém-nascido do sexo masculino, peso de 2.870 gramas, sem movimentos respiratórios, hipotônico e sem presença de mecônio. Assinale a alternativa correta considerando as Diretrizes do Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria:

- a) foi iniciada a ventilação com pressão positiva pois a criança se encontrava com frequência cardíaca menor que 60 batimentos por minuto.
- b) foi iniciada a reposição de volume pois a paciente se encontrava com descolamento prematuro de placenta e o recém-nascido com sinais de choque
- c) foi iniciada a massagem cardíaca pois a criança se encontrava com frequência cardíaca menor que 100 batimentos por minuto
- d) a criança foi colocada em berço de calor radiante para se manter normotérmica, posicionada em ligeira extensão, aspirada e secada.

67 Recém-nascido de 39 semanas de idade gestacional apresenta-se ao nascimento hipotônico e com choro fraco. O obstetra relata presença de líquido amniótico meconial. Após clampeamento imediato do cordão umbilical, a criança recebe os cuidados iniciais: colocado sob berço de calor radiante, submetida à aspiração de boca e vias aéreas e, na avaliação, foram constatados frequência cardíaca de 50 batimentos por minuto e movimentos respiratórios ausentes. A conduta a seguir é:

- a) Iniciar ventilação com pressão positiva em ar ambiente por cânula traqueal.
- b) Iniciar ventilação com pressão positiva em ar ambiente por máscara facial.
- c) Realizar a aspiração traqueal antes de iniciar a ventilação pulmonar.
- d) Iniciar a compressão (massagem) cardíaca externa imediatamente.

68 Lactente de 5 meses é trazido para reavaliação em pronto-socorro no sexto dia de história febril. Apresenta hiperemia conjuntival bilateral, exantema maculopapular difuso e edema com hiperemia de extremidades. Sua caderneta de saúde mostra crescimento adequado, com últimas vacinas aplicadas há dois meses. Exames colhidos na última visita há 48 horas mostram: Hb = 9,5g/dL Leucócitos = 23.000/mm³ (10% bastões, 60% segmentados, 30% linfócitos) Plaquetas = 220.000/mm³; sedimento urinário e radiografia de tórax sem alterações; hemocultura em andamento, negativa até o momento; Proteína C-reativa = 80mg/L. Sobre este caso, é correto afirmar:

- a) A hipótese de Kawasaki incompleto não se justifica, pois para essa faixa etária o risco de lesão coronariana é baixo.
- b) A hipótese de Kawasaki incompleto se justifica, a partir da coleta de exames laboratoriais adicionais.
- c) A coleta de hemocultura neste caso se justificou somente pela faixa etária do paciente, independente dos exames complementares.
- d) A coleta de hemocultura neste caso não se justificou, baseando-se nos resultados dos exames complementares.

69 Criança de 5 anos é referenciada à unidade de emergência para avaliação de cirurgia pediátrica devido quadro de dor abdominal há 2 dias, associado a edema e dor testicular direito há 1 dia. Traz exames realizados: Hb = 12,0 g/dL Leucócitos = 10.000/mm³ Plaquetas = 280.000/mm³; sedimento urinário com 3+ de hemoglobina e 3+ de proteína. Ao exame, apresenta dor abdominal difusa à palpação, sem sinais de peritonite e presença de lesões violáceas que não desaparecem a digitopressão em glúteos e membros inferiores. Realizada tomografia de abdome, sem achados relevantes, e ultrassonografia de bolsa escrotal, com sinais de orquiepididimite. A hipótese diagnóstica é:

- a) Leucemia linfoblástica aguda.
- b) Púrpura trombocitopênica imune.
- c) Vasculite por IgA.
- d) Púrpura fulminans.

70 Menina, 5 anos, é trazida ao serviço de emergência por quadro de espasmos e tremores em face e membros superiores, há 1 dia. Nega febre ou outros quadros infecciosos concomitantes. Seu antecedente mostra acompanhamento para investigação de baixa estatura, atraso de desenvolvimento neurológico e calcificações subcutâneas. Durante sua avaliação, apresenta quadro de crise convulsiva tônico-clônica generalizada. O distúrbio eletrolítico a ser pesquisado e corrigido é:

- a) Hipernatremia.
- b) Hipercalcemia.
- c) Hiponatremia.
- d) Hipocalcemia.

71 RN, 3º dv, mãe portadora de HAS controlada com medicação, parto sem intercorrências. Evolui sem sintomas no alojamento conjunto, porém foi notado arritmia no momento da alta, sem outras alterações ao exame físico. Realizado ECG (DII longo demonstrado a seguir) e teste da oximetria (MSD de 99% e MID de 98%). Qual a conduta mais adequada para este paciente?



- a) Iniciar beta-bloqueador e dar alta para seguimento com cardiopediatra.
- b) Encaminhar para puericultura de rotina, sem necessidade de medicação específica.
- c) Manter internado e monitorizado até normalização do ECG.
- d) Realizar dosagem de eletrólitos, troponina, gasometria arterial, ecocardiograma e avaliação cardiológica antes da alta.

72 RN com diagnóstico de cardiopatia fetal (Transposição das grandes artérias com septo interventricular íntegro). Nasceu de parto vaginal, sem intercorrências, Apgar 7/8, satO₂ na sala de parto de 80%. Foi realizado cateterismo de veia umbilical e iniciado prostaglandina já na 1ª hora de vida. Após a 4ª hora de vida iniciou queda de saturação sustentada (60%) e sinais de má perfusão periférica. O ecocardiograma realizado confirmou a cardiopatia e observou comunicação interatrial restritiva e canal arterial pérvio de 5mm com shunt bidirecional. Qual a melhor conduta para este paciente?

- a) Indicar atrioseptostomia.
- b) Aumentar prostaglandina até a dose máxima.
- c) Iniciar Óxido nítrico.
- d) Realizar expansão com solução coloidal.

73 Paciente portador de Sd de Down e Defeito do Septo Atrioventricular forma Total com indicação de correção cirúrgica no 1º ano de vida, perdeu seguimento e retorna com 4 anos de idade por dispnéia e cianose que piora aos esforços. Ao exame físico apresenta cianose periférica, saturação de 85%, discreta impulsão precordial, sopro sistólico + em BEE média e sopro diastólico 2+ em foco pulmonar, com 2ª bulha hiperfonética e pulsos normopalpáveis. Ausculta pulmonar sem alterações e fígado palpável a 4cm do RCD. Qual o diagnóstico fisiopatológico atual?

- a) Sd de Eisenmenger, Insuficiência cardíaca direita.
- b) Bloqueio divisional antero-superior, Insuficiência cardíaca esquerda.
- c) Insuficiência cardíaca congestiva por hiperfluxo pulmonar.
- d) Insuficiência cardíaca direita por provável tromboembolismo pulmonar crônico.

74 Adolescente portadora de lúpus, comparece ao PS referindo dispnéia há 15 dias e febre intermitente. Apresenta pulsos finos e perfusão lentificada, bulhas cardíacas abafadas, sem sopros. Na aferição da pressão foi observado queda superior a 10mmHg durante a inspiração. Ausculta pulmonar diminuída em bases e palpação abdominal sem alterações. Foi realizado ecocardiograma funcional que evidenciou derrame pericárdico extenso, com colapso do VD e derrame pleural bilateral pequeno. Qual a melhor conduta para este caso?

- a) Indicar pericardiocentese.
- b) Iniciar furosemida contínuo em dose alta.
- c) Iniciar dobutamina.
- d) Indicar pleurocentese.

75 Paciente, 5 anos, apresenta sopro cardíaco em investigação. Nos exames complementares solicitados foi observado ao Rx de tórax o tronco pulmonar discretamente dilatado e ao ECG, distúrbio de condução pelo ramo direito com desvio do eixo cardíaco para a direita. Qual outro achado semiológico é mais provável neste caso?

- a) Desdobramento de 2ª bulha.
- b) Sopro diastólico em foco aórtico.
- c) Estalido protossistólico de 1ª bulha.
- d) Sopro contínuo em dorso.

76 Paciente com 3 anos de idade em consulta de rotina em UBS tem seu cartão vacinal checado. Tinha perdido seguimento nos últimos 2 anos. Não tem nenhuma patologia de base. Quais as vacinas que devem ser realizadas para cobertura vacinal adequada.

- a) Poliomielite (VOP atenuada), febre amarela, meningocócica C.
- b) Hepatite A, tríplice viral, tríplice bacteriana, influenza, poliomielite (VOP atenuada).
- c) Febre amarela, pneumocócica 23-valente, varicela, rotavirus.
- d) Pneumocócica 23-valente, tríplice viral, poliomielite (VOP atenuada).

77 Mãe leva criança de 6 anos de idade ao Pronto Socorro pois apresentava história de febre há 3 dias e dor para engolir. Em exame físico notado aumento de gânglios em região cervical anterior dolorosos, além de amígdalas hiperemiadas com aumento de volume e presença de exsudato. Também tinha aumento discreto na palpação do baço. Sem palidez ou icterícia. Com estes dados quais as hipóteses diagnósticas mais prováveis:

- a) Doença da arranhadura do gato, toxoplasmose.
- b) Toxoplasmose, citomegalovírus.
- c) Mononucleose, toxoplasmose, amigdalite bacteriana, citomegalovírus.
- d) Faringite viral, infecção primária do HIV, doença da arranhadura do gato, Toxoplasmose.

78 Ainda com referência ao caso clínico anterior: Quais os exames laboratoriais que auxiliariam na confirmação diagnóstica?

- a) Hemograma, sorologias para mononucleose, toxoplasmose, citomegalovírus, coleta de exsudato de faringe.
- b) Hemograma. VHS, PCR.
- c) Nenhum exame.
- d) Hemograma, coleta de exsudato de faringe.

79 Paciente com 15 anos de idade, refere queda da bicicleta há 2 meses, quando iniciou com dor esporádica no joelho esquerdo, progressiva, que há 3 semanas é acompanhada de aumento do volume local, com calor e sem hiperemia. Há 2 semanas a dor piorou, agora limitando a mobilização do joelho e há 1 semana acorda à noite para analgesia. Levado a consulta no Pronto Socorro onde foi realizado Raio X de joelho que evidenciou lesão osteolítica de aspecto permeativo, na região meta-diafisária proximal da tíbia, na medular óssea, com recorte endosteal, e destruição cortical na margem lateral, onde apresenta reação periosteal tipo triângulo de Codman. Considerando o caso acima assinale a conduta mais adequada:

- a) Internação, coleta de hemocultura e início de antibiótico de amplo espectro.
- b) Anti-inflamatórios não esteroidais e alta com calor local.
- c) Avaliação em serviço especializado de oncologia.
- d) Biópsia aberta da lesão, aguardar exame anatomopatológico para encaminhar ao serviço especializado.

80 Paciente com 10 meses de vida procura o pediatra por estrabismo convergente unilateral há 2 meses. Assinale a conduta certa:

- a) Tampão ocular e retorno em 3 meses.
- b) Avaliação oftalmológica para exame de fundo de olho.
- c) Tranquilizar os pais quanto à possibilidade de estrabismo devido a hipermetropia.
- d) Colírio com corticoesteróides.

