

# 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 2022 – 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) 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.

2) 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.

3) 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. Assinala 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.

4) 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.

5) 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.

6) 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.

7) 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.

8) 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.

9) 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)

10) 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.

11) Paciente com 10 semanas de vida é encaminhado a seu consultório de pediatra 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.

12) 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) Encaminhado ao especialista para investigação.

13) 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 palpável 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 ingesta hídrica e observar a resposta.
- d) É um caso de constipação que não apresenta sinais de alarme.

14) 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, imunolúneo 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.

15) 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<sup>3</sup>); 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.



16) 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 µg/dL (normal de 0,7 a 1,9), TSH ultra-sensível = 6,8 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.

17) 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.

18) 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, estadió G3 (pênis com 8 cm de comprimento), P3, testículos de cerca de 10 cm<sup>3</sup> 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.

19. 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.

20. 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

21 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/m<sup>2</sup> (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.

22) 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.

23) 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.

24) 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 hipotiroidismo 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.

25) 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

26) 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.

27) 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.

28) 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/mm<sup>3</sup> (10% bastões, 60% segmentados, 30% linfócitos) Plaquetas = 220.000/mm<sup>3</sup>; 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.

29) 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/mm<sup>3</sup> Plaquetas = 280.000/mm<sup>3</sup>; 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.

30) 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-clônico generalizada. O distúrbio eletrolítico a ser pesquisado e corrigido é:

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

31) 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.

32) RN com diagnóstico de cardiopatia fetal (Transposição das grandes artérias com septo interventricular íntegro). Nasceu de parto vaginal, sem intercorrências, Apgar 7/8, satO<sub>2</sub> 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 Oxido nítrico.
- d) Realizar expansão com solução coloidal.



33) 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.

34) Adolescente portadora de lúpus, comparece ao PS referindo dispneia 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 colabamento do VD e derrame pleural bilateral pequeno. Qual a melhor conduta para este caso?

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

35) 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.

36) 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).

37) 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.

38) 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.

39) 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.

40) 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.

41) Criança de 8 anos de idade com dor abdominal há 15 dias, acompanhada de distensão abdominal, vômitos e episódios de diarreia alternados com constipação intestinal. Em consulta no Pronto Socorro realizado USG que evidenciou aumento de linfonodos mesentéricos associado a espessamento difuso do sigmoide/ ceco e pequena quantidade de ascite. Selecione a opção errada:

- a) Antibiótico oral, corticoesteróides e reavaliação pelo pediatra no consultório em 1 semana.
- b) Jejum, sonda nasogástrica aberta e avaliação do cirurgião pediátrico.
- c) Encaminhamento para Centro de Oncologia Pediátrica.
- d) Realização de exames laboratoriais e tomografia de abdome/pelve.

42) Criança pré escolar de 4 anos de idade apresenta há 4 meses cefaleia intermitente, de forte intensidade, sem horário de predileção. Há 2 meses evoluindo com vômitos matutinos e quedas frequentes além de estrabismo convergente há 2 semanas. Conduta:

- a) Avaliação do gastropediatra para programação de Endoscopia Digestiva Alta.
- b) Liberação com analgésicos e encaminhamento ao oftalmologista.
- c) Raio X de seios da face e antibiótico oral.
- d) TC de crânio.

43) Lactente masculino de 18 meses apresenta aumento do pênis, pilificação pubiana e acne facial há 4 meses, sem distensão abdominal. Em consulta com pediatra apresentava PA: 135x78mm/Hg. Considerando o caso acima qual sua hipótese diagnóstica e conduta adequada:

- a) Carcinoma de supra renal. Realização de USG abdominal e transferência imediata para Centro de Oncologia Pediátrico.
- b) Puberdade precoce. Coleta de dosagens hormonais e retorno com exames.
- c) Carcinoma de supra renal. Laparotomia de urgência.
- d) Puberdade precoce. Anti hipertensivo e exames para início de tratamento ambulatorial de bloqueio de puberdade.

44) Em relação aos níveis de lactato sanguíneo para orientar a reanimação de crianças com choque séptico e outras disfunções orgânicas associadas à sepse, a mais recente orientação recomenda:

- a) O uso de tendências nos níveis de lactato sanguíneo.
- b) O uso do valor absoluto do lactato sanguíneo.
- c) Não recomenda o uso do lactato sanguíneo.
- d) Recomenda seu uso apenas em pacientes com menos de 1 ano de vida.

45) Paciente de 4 anos de idade é diagnosticado com choque séptico, após obter acesso venoso periférico, qual a alíquota de volume deve ser oferecida ao paciente:

- a) 5 a 10 mL/kg
- b) 10 a 20 mL/kg
- c) 20 a 30 mL/kg
- d) 30 a 40 mL/kg

46) Criança de 7 anos de idade apresenta história de febre há 2 dias, evoluindo com cefaleia e vômito. Apresenta ao exame físico frequência cardíaca de 175 bpm, frequência respiratória de 42 mpm, pressão arterial de 75x45 mmHg. Murmúrio vesicular universalmente audível, sem ruídos adventícios. Ritmo cardíaco regular em 2 tempos, bulhas normofonéticas sem sopro, tempo de enchimento capilar de 4 segundos, pulsos periféricos finos. Rigidez de nuca. Sem outras alterações ao exame físico. Neste caso qual o diagnóstico correto:

- a) Choque séptico compensado.
- b) Choque séptico descompensado.
- c) Choque séptico hipotensivo.
- d) Choque séptico hipertensivo.

47) Paciente de 6 meses de idade com quadro de insuficiência respiratória é indicada intubação endotraqueal. Durante o procedimento o paciente evolui com rigidez de caixa torácica. Assinale abaixo a medicação que pode estar relacionada a esta intercorrência:

- a) Midazolam.
- b) Roncurônio.
- c) Propofol.
- d) Fentanil.

48) Paciente vítima de traumatismo cranioencefálico grave, internado em unidade de terapia intensiva em monitorização da pressão intracraniana (PIC). O valor desejável a não ser ultrapassado da PIC é:

- a) 20 mmHg
- b) 25 mmHg
- c) 30 mmHg
- d) 35 mmHg

49) Menino com 4 anos de idade, vem ao consultório com queixa de manchas arroxeadas nos membros inferiores há um dia. A mãe relata que as lesões não são dolorosas, nem pruriginosas. O processo se iniciou com duas pequenas lesões no pé D, foram aumentando, comprometendo atualmente as duas pernas, glúteos e abdômen inferior. Há uma pequena lesão, semelhante às demais, no braço esquerdo. No interrogatório complementar há o relato de um quadro de dores recentes em tornozelos. De antecedente refere uma amigdalite há duas semanas, que foi medicada com antibiótico por sete dias, e que foi resolvida. Ao exame físico, a criança é eutrófica, hígida e, além das lesões relatadas, há edema em ambos os pés. Qual o diagnóstico mais provável:

- a) Febre Reumática.
- b) Vasculite mediada por IgA .
- c) Púrpura anafilactoide.
- d) Púrpura por macroglobulinemia.

50) Uma menina de 8 anos de idade, vem ao consultório com queixa de dores em tornozelos e joelhos há 2 anos. As dores ocorrem uma ou duas vezes por mês, no período vespertino; vêm mantendo a intensidade. A dor na maioria das vezes cede espontaneamente; raramente necessita tomar analgésico.

Criança hígida com esquema vacinal completo. Sem antecedentes pessoais dignos de nota.

Mãe relata ter vários familiares com reumatismo.

Traz vários exames solicitados por outro profissional, todos normais, exceto três que a deixam muito preocupada:

FAN: 1/160 (pontilhado fino denso) em substrato Hep-2 (Valor significativo superior a 1/160)

ASLO: 250 UI (Valor de referência até 200 UI)

Fator Reumatóide: 17 UI/ml (Valor de referência até 15 UI/ml)

Ao exame físico não é observada nenhuma anormalidade.

Das alternativas abaixo qual é a conduta adequada:

- a) Aprofundar a pesquisa para Lúpus Eritematoso Sistêmico.
- b) Instituir profilaxia secundária para Febre Reumática.
- c) Solicitar exames de imagem para firmar o diagnóstico de Artrite Idiopática Juvenil.
- d) Não solicitar nenhum exame, mas acompanhar clinicamente.

51) Um menino 6 anos procura o pediatra devido dor em quadril E que se irradia para o joelho E há 2 meses. A dor, que no começo era menos intensa, se inicia ou exacerbada pela atividade física e melhora com o repouso. Nega febre. Previamente hígido. Os Raio X da Bacia e do joelho realizados no início do quadro não revelaram nenhuma alteração, demais exames como o hemograma, provas inflamatórias e ASLO também eram normais. O exame físico é normal, exceto o exame articular no qual se observa uma limitação e dor tanto à flexão da coxa E sobre o quadril bem como à rotação interna do membro inferior E. Pele íntegra, não se observam sinais inflamatórios. Dentre as opções abaixo, qual o diagnóstico?

- a) Artrite idiopática Juvenil.
- b) Sinovite transiente.
- c) Necrose avascular da cabeça do fêmur.
- d) Dor de crescimento.

52) Um menino de 3 anos de idade, procura o serviço de urgência porque, mais uma vez, está com febre e dor de garganta. Os quadros se iniciam há 8 meses; a mãe relata que apesar de tomar antibióticos todas as vezes para o mesmo problema, a cada 30 ou 40 dias, a criança apresenta novo surto da doença. O quadro de febre dura ao redor de 4 dias, e além da dor de garganta que dificulta a ingestão, para piorar, apresenta também feridas na boca. Algumas vezes está associada uma dor de barriga e dor articular que não são importantes. Refere também que sempre apresenta um inchaço no pescoço, abaixo do queixo. Nega outros antecedentes pessoais ou familiares, o esquema vacinal está completo. Mãe relata que fora dessas crises o menino tem boa atividade física, come bem, brinca e se desenvolve normalmente. Os exames realizados pelos pediatras revelam que as provas de atividade inflamatória estão alteradas apenas durante as crises. Dentre as opções abaixo, qual é a correta:

- a) Gengivo Estomatite Herpética.
- b) Aftas recorrentes benignas da infância.
- c) Síndrome autoinflamatória.
- d) Amigdalite Estreptocócica Crônica Recidivante.

53) Em relação à profilaxia secundária da FEBRE REUMÁTICA, em um paciente de 8 anos que ao exame físico apresenta à ausculta cardíaca um sopro sistólico no segundo espaço intercostal direito que se irradia para o pescoço; qual é a conduta correta.

- a) Deverá ser por toda a vida.
- b) Deverá ser por 5 anos ou até os 18 anos; a que mais durar.
- c) Deverá ser até os 40 anos.
- d) Deverá ser por 10 anos ou até 21 anos; a que mais durar.

54) Pacientes com Fibrose Cística são frequentemente colonizados e infectados cronicamente por microrganismos nas vias aéreas. Qual a alternativa abaixo que representa com maior frequência o aparecimento cronológico destes microrganismos?

- a) Estafilococos aureus; Pseudomonas aeruginosa; fungos.
- b) Estafilococos aureus; fungos; Pseudomonas aeruginosa.
- c) Burkholderia cepacia; Estafilococos aureus; Pseudomonas aeruginosa.
- d) Pseudomonas aeruginosa; Estafilococos aureus; Burkholderia cepacia.

55) Realizar espirometria em lactentes e pré-escolares é sempre uma tarefa difícil. Dentre as alternativas abaixo qual a que contém itens, que juntos, apresenta maior sensibilidade em prever asma em lactentes e pré-escolares?

- a) IgE sérica aumentada; Eosinofilia; Sibilância fora de infecções virais das vias aéreas.
- b) Pais com asma alérgica, Dermatite atópica, *prick test* positivo para alérgenos.
- c) Eosinofilia; IgE sérica aumentada; Sibilância fora de infecções virais das vias aéreas.
- d) Pais com asma alérgica, Eosinofilia, Prematuridade.

56) A chance de um casal que tem um filho, homocigoto para a mutação delta F 508, com Fibrose Cística ter um outro com FC, numa segunda gravidez, é de:

- a) 5%
- b) 15%
- c) 25%
- d) 50%

57) Bronquiectasias são frequentes em numerosas doenças que acometem o trato respiratório. Qual alternativa que contém as doenças que mais cursam com bronquiectasias difusas na infância?

- a) Asma, corpo estranho, aspergilose bronco pulmonar alérgica.
- b) Asma, fibrose cística, discinesia ciliar primária.
- c) Discinesia ciliar primária, bronquiolite obliterante e fibrose cística.
- d) Bronquite plástica, corpo estranho e fibrose cística.

58) Apesar de ser um assunto controverso quanto a definição de sua duração e etiologia a tosse crônica continua despertando interesse na comunidade científica e nos médicos clínicos. A alternativa que contém as 3 causas mais frequentes de tosse crônica nas crianças e adolescentes é:

- a) Asma, Tuberculose e Fibrose Cística.
- b) Rinosinussite, Doença por Refluxo Gastro Esofágico, Asma.
- c) Infecções Virais, Tuberculose, Asma.
- d) Asma, Poluição, Infecções Virais.



59) A avaliação da função pulmonar, de modo transversal ou longitudinal, tem se constituído numa ferramenta significativamente útil, no manejo das doenças pulmonares obstrutivas crônicas na infância e na adolescência. Dentre as ferramentas para avaliar a função pulmonar, a espirometria é a mais utilizada. Em pacientes asmáticos, a espirometria antes e após o uso de broncodilatadores pode avaliar aumento de fluxos expiratórios forçados, volumes e mudanças na forma da curva fluxo-volume. VEF1: Volume Espiratório no primeiro segundo; CVF: Capacidade Vital Forçada;BD: Broncodilatador. Na espirometria de crianças e adolescentes consideram-se respostas positivas a broncodilatador: (Marque a alternativa incorreta)

- a) Não é necessário realizar espirometria pós-BD se a pré-BD for normal
- b) Deve-se utilizar, após o teste sem broncodilatador, 4 jatos de 100 mcg de Salbutamol através de aerocâmara.
- c) Atualmente pode-se considerar também o FEF25-75%
- d) Segundo a American Thoracic Society valores de VEF1 Pós-PréBD/previsto iguais ou maiores que 12%: são considerados positivos.

60) Recém-nascido de 39 semanas, parto cesáreo, adequado para a idade gestacional, Apgar 9/10, bolsa rota no ato, líquido amniótico claro, apresenta taquipneia com retrações intercostais logo após o parto. Exame físico: ausculta pulmonar sem crepitanes. RX de tórax: aumento da trama vascular pulmonar. História obstétrica: sem intercorrências. Diante do quadro, o diagnóstico mais frequente é:

- a) Discinesia ciliar primária
- b) Síndrome de aspiração meconial.
- c) Taquipneia transitória do recém-nascido.
- d) Hipertensão pulmonar persistente do recém-nascido.

61) Frente às evidências atuais, a respeito das pneumonias adquiridas na comunidade em crianças, pode-se afirmar que a alternativa com menor índice de certeza é:

(PAC: Pneumonia Adquirida na Comunidade; UTI: Unidade de Tratamento Intensivo; S.: Estafilococos)

- a) A idade é um bom indicador dos prováveis patógenos.
- b) *S. pneumoniae* é a causa bacteriana mais comum de pneumonia na infância.
- c) PAC causada por estreptococos do grupo A e *Estafilococcus aureus* são mais prováveis do que pneumocócicas para progredir para empiema e UTI pediátrica.
- d) Os reagentes de fase aguda são de utilidade clínica para distinguir as infecções virais das bacterianas e devem ser testados rotineiramente frente as PAC.

62) A respeito da laringomalacia em lactentes quatro alternativas estão corretas e uma errada. A errada é:

- a) O estridor varia com a postura e o fluxo de ar, sendo mais alto com maior ventilação (por exemplo, choro, agitação, alimentação).
- b) O estridor tende a resolver com o tempo
- c) O diagnóstico é realizado por histórico e exame físico, confirmado por endoscopia de via aérea flexível.
- d) Na evolução os pacientes apresentam Bronquiolite Obliterante em cerca de 50% dos casos.

63) Lactente de 30 dias de vida, nascido de parto normal, apresenta quadro de tosse há duas semanas. A mãe informa que a tosse vem piorando progressivamente e que, nos últimos dias, tem atrapalhado as mamadas. Exame físico: bom estado geral, afebril, FR: 65irpm, estertores difusos à ausculta pulmonar, ausência de tiragem, restante sem alterações. Hemograma: aumento do número de eosinófilos. A principal hipótese diagnóstica nesse caso é:

- a) Coqueluche.
- b) Bronquiolite Viral Aguda.
- c) Síndrome de Loeffler.
- d) Pneumonia por Clamídia.

64) Considerando-se as lesões de pele abaixo, qual é considerada um sinal de alarme, quando presente?

- a) Mácula.
- b) Pápula.
- c) Petéquia.
- d) Vesícula.

65) Mãe chega à Emergência, carregando seu filho, prematuro, atualmente com 3 meses e dizendo: "Ele estava chorando, mas eu acho que ele parou de respirar no caminho até aqui..." Qual a primeira atitude a ser tomada, frente a essa situação?

- a) Iniciar imediatamente ventilação com dispositivo bolsa-válvula-máscara.
- b) Verificar o pulso carotídeo para determinar sinais de circulação.
- c) Estimular o lactente e verificar o estado de consciência.
- d) Deixar o lactente no local e ir chamar por ajuda.

66) Um lactente de 6 meses encontra-se arresposivo e sem respirar após a irmã ter lhe oferecido pipoca. Em relação à avaliação circulatória, onde você deveria checar o pulso dessa vítima?

- a) Punho.
- b) Pescoço.
- c) Braço.
- d) Tornozelo.

67) Uma criança de 6 anos se engasga com um pedaço de bala dura. Ela tenta tossir; mas não consegue tossir, falar ou respirar efetivamente. Mantém os olhos “arregalados” e as mãos no pescoço. Qual a sua conduta, imediata?

- a) Deitaria a criança no chão e iniciaria RCP.
- b) Faria varredura digital, às cegas, para retirar o corpo estranho.
- c) Daria golpes nas costas.
- d) Faria compressões abdominais rápidas.

68) Lactente de 4 meses, com história de ter apresentado quadro gripal há 1 semana e que teve duração de 3 dias; é trazido à emergência por sua mãe que notou cansaço, principalmente quando está mamando, há 1 dia. Nega febre, vômito ou diarreia. Ao exame físico: FC: 178bpm; FR: 65mpm; PA: 80/45mmHg; SO<sub>2</sub>: 92% (ar ambiente); T: 36°C; pálido; pulsos periféricos finos, perfusão periférica: 3”. Ausculta pulmonar: MV +, simétrico, com estertores subcreptantes em ambas as bases pulmonares. Presença de tiragem intercostal. Ausculta cardíaca: BRNF sem sopros, com presença de 3ª bulha. Abdome flácido, fígado a 4 cm da borda costal direita, RHA+. Neurológico: alternância de agitação e sonolência. Qual o seu diagnóstico?

- a) Choque hipovolêmico secundário a quadro viral.
- b) Choque séptico secundário à pneumonia.
- c) Choque cardiogênico secundário à miocardite.
- d) Choque obstrutivo secundário à tamponamento cardíaco.

69) Criança de 2 anos é trazida pela tia à emergência. A criança apresenta uma lesão em face dorsal de pé esquerdo que inicialmente era uma bolha com conteúdo seroso e edema local. Há 4 dias a lesão ficou endurecida, equimótica, com lesões hemorrágicas focais, mescladas com áreas pálidas de isquemia e necrose, acompanhada de dor local. Nega febre ou vômito. Qual o tipo de acidente, por animal peçonhento, você pensaria?

- a) Acidente escorpiónico.
- b) Acidente botrópico.
- c) Acidente crotálico.
- d) Acidente loxoscélico.

70) Lactente de 6 meses é trazido à emergência com história de recusa de amamentação, distensão abdominal, vômitos e diminuição na frequência das evacuações há 36 horas. Nega febre, alterações urinárias. As fezes tem muco e sangue e uma consistência amolecida. Ao EF: Irritabilidade, desidratada, com dor. Abdome distendido, peristaltismo aumentado, massa abdominal palpável em flanco direito. Toque retal: presença de muco com sangue. Frente a esse quadro, qual seria seu diagnóstico?

- a) Invaginação intestinal.
- b) Divertículo de Meckel.
- c) Estenose hipertrófica de piloro.
- d) Hérnia inguinal encarcerada.

71) O diagnóstico de Doença Crônica Renal foi normatizado em 2003 pela National Kidney Foundation. Na evolução deste conceito foi elaborado o gráfico (**ANEXO A**), do qual foram retiradas as legendas das colunas e da linha. Sendo assim, assinale a alternativa correta:

- a) a legenda da coluna se refere aos graus de progressão da DRC em relação à função renal (clearance de creatinina) e os valores são respectivamente de G1 a G5 em mL/min/1,73m<sup>2</sup>: G1= >80; G2= 60 a 80; G3a= 40 a 59; G3b= 30 a 40; G4= 15 a 39 e G5= < 15,0 e a partir de G3 deve-se iniciar um tratamento com diálise peritoneal ou hemodiálise.
- b) A legenda faltante na horizontal é relativa à relação proteína/creatinina urinária (prot/crea) e as categorias A1, A2 e A3 são valores crescente desta relação.
- c) O risco de progressão da DRC é maior num paciente classificado como G3bA2 do que num paciente G4A2.
- d) De acordo com o gráfico o aumento da gravidade das categorias contidas na horizontal pioram qualquer categoria contida na vertical e vice-versa.

72) Considere dois pacientes, com a mesma estatura, com Síndrome Nefrótica com os seguintes dados:

	Paciente 1	Paciente 2
Volume de diurese	Oligúria (13mL/Kg/dia)	30 mL/kg/dia
Densidade urinária	1032	1020
Sódio urinário	7,0 mEq/L	53 mEq/L
Relação proteína/creatinina (mg/mg <sub>u</sub> )	8,5/151	8,5/48
Função renal	0,5 para 0,8	0,5 para 0,8
Pressão arterial	Entre P90 e P95	Entre P90 e P95
Albuminemia (g/dL)	0,98	1,8
Hematócrito	56	52
Sódio sérico	132	138

Tendo isto em conta é verdadeiro afirmar que:

- Considerando-se que, em nefróticos, o valor de corte da fração de excreção de sódio é igual a 0,2, ambos os pacientes tem valores compatíveis com Lesão renal aguda do tipo renal (necrose tubular aguda).
- Ambos os pacientes estão evoluindo com Lesão renal aguda, que de acordo com o KDIGO, para creatinina, está no estágio I.
- Do acordo com os dados apresentados o volume sanguíneo efetivo deve estar mais reduzido no paciente 1 do que no paciente 2.
- Para controle do edema destes pacientes o uso de furosemide pode ser utilizado em ambos, sem restrições.

73) Paciente de 12 meses de vida, masculino, apresenta retardo de desenvolvimento pândero-estatural há 4 meses, com recusa alimentar e vômitos. Desmame aos 3 meses, com uso de fórmulas indicadas pelo Centro de Saúde. Tentou vários produtos lácteos, sem melhora. Aceita papa salgada em pequena quantidade. Urina clara e abundante, hábito intestinal tendendo à constipação. Antecedentes pessoais- Neonatais - P= 2880; a termo, alta do berçário em 48hs, US pré-natal sem anormalidades. Teste do pezinho negativo. Senta com apoio mas não engatinha e nem fica em pé. Antecedentes familiares- pais vem do interior, não sabem referir se há parentesco entre si. Pai é pedreiro, renda mensal de R\$ 2500,00. Negam antecedentes mórbidos. Ao exame físico paciente está com mucosas secas, turgor adequado, pouco irritado, emagrecido. Não há sinais de raquitismo. Peso = 6800g; Estatura 63 cm; PA= 82/60; FC=126; FR= 48. Qual o melhor conjunto de exames para elucidação diagnóstica:

- a) Função renal, gasometria (+ natremia, potassemia, calcemia com Calcio iônico), fosfatemia e Urina I.
- b) Função renal, gasometria (+ natremia, potassemia, calcemia com Calcio iônico), fosfatemia e cortisol.
- c) Dosagem de GH, cortisol, acth, insulina e tiroxina livre.
- d) Função renal, Urina I, gasometria (+ natremia, potassemia, calcemia com Calcio iônico) e dosagem de GH.

74) Em situações onde o uso de soluções endovenosas para a oferta das necessidades hidro-salinas seja imperativo, é verdadeiro afirmar que:

- a) de acordo com a proposta clássica de Holliday and Segar, 'a solução com 3,0 mEq/100 ml de volume deve ser considerada isotônica à composição do fluido intravascular;
- b) crianças com doenças agudas, apresentando vômitos, dor ou em pós-operatório, geralmente apresentam diminuição da produção de vasopressina (hormônio anti-diurético);
- c) estudos randomizados e controlados sugerem que o uso de soluções hipotônicas endovenosas tem maior risco de levar à hiponatremia;
- d) as complicações devidas ao uso de soluções endovenosas hipertônicas se refletem no aumento da diurese.

75) Criança de 4 anos de idade é trazida para investigar a presença de hematúria microscópica persistente. Avó materna necessitou de diálise após os 40 anos de idade. Tendo estes dados em conta é verdadeiro afirmar que:

- a) Na investigação de casos de hematúria na infância o valor dos antecedentes familiares positivos tem elevada especificidade e sensibilidade para o diagnóstico etiológico da criança ou adolescente.
- b) A presença de microalbuminúria positiva persistente sugere patologia glomerular.
- c) A hematúria ocasional é frequente na infância (4,1%), mas sua prevalência diminui em 30% a cada ano de acompanhamento.
- d) Todas as alternativas estão corretas.

76) Qual a melhor abordagem de intervenção breve para adolescentes que referem não usar substâncias psicoativas:

- a) Parabenizá-lo pelo não uso.
- b) Reconhecer a escolha saudável e questionar razões para o não uso.
- c) Como não há uso não há necessidade de intervir.
- d) Não há necessidade de reavaliar esses pacientes.

77) O CRAFFT é:

- a) Indicado para triagem de uso de substância na adolescência.
- b) Não avalia as consequências de uso de substância na adolescência.
- c) Classifica o uso de todas as substâncias entre 14 e 21 anos.
- d) Define o prognóstico de usuários de substâncias psicoativas.

78) Em relação ao sedentarismo na adolescência:

- a) É pouco prevalente nessa faixa etária.
- b) É menor nos mais velhos.
- c) É semelhante entre os meninos e meninas.
- d) Mais de 80% das meninas são sedentárias.

79) Dados do PeNSE 2019 mostram que o consumo de álcool na adolescência:

- a) É muito baixo nessa faixa etária.
- b) É mais alto nas meninas do que nos meninos
- c) É menos frequente do que a maconha
- d) O início do consumo antes dos 14 anos é mais frequente nos meninos do que nas meninas.

80) Em relação a saúde sexual na adolescência é correto:

- a) A idade de início da atividade sexual no Brasil depende de fatores sócio-econômicos.
- b) Educação sexual está associada a redução de atividade sexual.
- c) Educação sexual aumenta o comportamento sexual de risco.
- d) A prevalência de atividade sexual é semelhante entre os meninos e meninas.



# ANEXO A

## Questão 71

	<3 Normal to mildly increased	3–30 Moderately increased	>30 Severely increased
	A1	A2	A3
G1	No CKD in the absence of markers of kidney damage		
G2			
G3a <sup>1</sup>			
G3b			
G4			
G5			

Increasing risk →

↑ Increasing risk