

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 2023 – 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. ASSINALE EM QUAL DAS SITUAÇÕES A QUEBRA DO SIGILO DEVE SER REALIZADA:

- a. Joana (15a) iniciou vida sexual com seu namorado e solicita contraceptivo.
- b. José (13a) fumou maconha junto de seus colegas uma vez.
- c. Felipe (17a) testou positivo para sífilis em teste rápido.
- d. Jessica (15a) testou positivo para gravidez.

2. A RECOMENDAÇÃO DA OMS DE ATIVIDADE FÍSICA PARA AS IDADES DE 5 A 17 ANOS É:

- a. Pelo menos 150 minutos por semana de atividade moderada
- b. Pelo menos 60 minutos por dia de atividade moderada a intensa
- c. Pelo menos 120 minutos por semana de atividade intensa
- d. Qualquer atividade lúdica diária independente do tempo

3. Adolescente comparece para avaliação cardiológica e liberação para prática de esportes. Apresenta arritmia a ausculta cardíaca e foi solicitado eletrocardiograma que evidenciou extrassístoles ventriculares isoladas. Na investigação complementar negava antecedentes familiares cardiológicos patológicos, realizou ecocardiograma que foi normal e Holter de 24 horas que evidenciou extrassístoles ventriculares monomórficas em 3% dos batimentos. **QUAL A CONDUTA?**

- a. Liberar apenas para atividades físicas recreativas.
- b. Liberar para atividade física recreativa e competitiva.
- c. Iniciar amiodarona e não liberar para atividade física.
- d. Iniciar beta-bloqueador e liberar para atividade física recreativa.

4. Lactente de 6 meses comparece a pronto-socorro com história de febre e vômitos há 5 dias, adinamia e dificuldade para mamar. Exame físico: FC=160 bpm; FR=65irpm; PA=60x40mmHg; SatO2=95%; T=36,5°C; regular estado geral, sinais de desidratação. Precórdio hiperdinâmico com ictus palpável, sopro sistólico 2+ em BEE média e 2ª bulha normal. Murmúrio vesicular bilateral, com roncos esparsos, discreta tiragem subdiafragmática, fígado palpável a 3cm do RCD, pulsos simétricos e finos em extremidades, perfusão periférica de 3 segundos. Demais sem alterações. **ASSINALE A ALTERNATIVA CORRETA:**

- a. A presença de sobrecarga ventricular direita com eixo cardíaco desviado para a direita sugere a presença de Miocardite.
- b. A expansão volêmica controlada com pequenas alíquotas de cristalóide e reavaliação breve não deve ser realizada neste caso.

- c. A presença de linhas B ao ultrassom pulmonar auxilia no diagnóstico de edema pulmonar e indicação de diurético.
- d. A dosagem de troponina normal descarta a presença de miocardite.

5. Menina branca, 5 a, apresenta quadro de telarca iniciada há seis meses e pubarca há três meses. Sem quaisquer outros dados relevantes na história gestacional, neonatal e pessoal. Sem quadros semelhantes na família. Exame físico: peso=23 Kg (p90); estatura=120 cm (>p97); M3P2 com mamas túrgidas e sensíveis à palpação. Canal de crescimento: Média p50; limite superior p75 e inferior p25. **QUAL O SEU DIAGNÓSTICO E CONDUTA?**

- a. Aceleração constitucional do crescimento e da puberdade; observação e orientação com acompanhamento anual de idade óssea.
- b. Puberdade Precoce Central; ressonância magnética de crânio e sela, dosagens de LH, FSH e estradiol, idade óssea e programar bloqueio da puberdade o mais rápido possível.
- c. Puberdade Precoce secundária à obesidade; orientação para perda de peso e retorno em três meses com idade óssea.
- d. Puberdade precoce secundária à doença ovariana; ultrassonografia pélvica e conduta conforme achado (massa cística ou cisto-sólida ou sólida no ovário).

6. Menino, 13 anos, com diabetes tipo 1 há dois anos, pesando 50Kg, vem em uso de insulina NPH: 15U cedo, 15U antes do almoço e 15U ao deitar e insulina Regular: 2U antes das principais refeições, café, almoço e jantar, além de 2U para correção se glicemia maior que 250 mg/dL. Peso=50Kg, hemoglobina glicada=9%. Queixa-se de dificuldades de controle das glicemias, com várias hiperglicemias pós-prandiais e hipoglicemias ao acordar, conforme controle de glicemias capilares realizadas pelo paciente:

Jejum	54, 102, 68
2h após café	286, 257, 306
antes do almoço	155, 198, 175
2h após almoço	280, 257, 322
antes do jantar	154, 173, 205
ceia	282, 295, 314
madrugada	102, 75, 58

COM BASE NO EXPOSTO, QUAL CONDUTA ESTARIA INADEQUADA?

- a. Reduzir a insulina basal e adequar a proporção basal-bolus
- b. Aumentar a NPH do café e almoço e reforçar a ceia
- c. Orientar o bolus de acordo com o alimento ingerido e a glicose no momento da medição
- d. Calcular o fator de sensibilidade e estabelecer o alvo glicêmico para utilização de bolus correção

7. Menino, 10 dias de vida, foi convocado para consulta médica no Serviço de Referência em Triagem Neonatal por apresentar no teste do pezinho com TSH neonatal, em papel filtro, de 52 mUI/ml. Recém-nascido a termo, adequado para a idade gestacional, Idade gestacional 39 semanas, parto vaginal, sem intercorrências. Peso de nascimento=3250g, Comprimento=50cm, Apgar=9/10. Alta no terceiro dia de vida. Sem intercorrências neonatais. Mãe hígida, 25 anos de idade, G1P1, pré-natal adequado, também sem intercorrências. Sem história de doença tireoideana ou uso de qualquer medicação durante a gestação. **ASSINALE A ALTERNATIVA INCORRETA:**

- a. A conduta adequada é dosar TSH e T4 livre em soro para confirmação diagnóstica e iniciar o tratamento com levotiroxina sódica o mais breve possível.
- b. A única apresentação comercial da levotiroxina sódica aprovada no Brasil é em forma de comprimidos, mas ela pode ser manipulada como solução oral nas farmácias de manipulação de forma segura e eficaz.
- c. A dose de levotiroxina varia de acordo com o peso e a idade do paciente, além da etiologia da doença. Crianças com hipotireoidismo mais grave, como no caso da agenesia tireoidiana, precisarão de doses mais altas de levotiroxina.
- d. A investigação etiológica com exames de imagem (cintilografia e/ou ultrassonografia) não necessita ser realizada neste primeiro momento para não acarretar em nenhum atraso no início do tratamento.

8. Mãe traz a filha de cinco anos de idade para consulta com médico pediatra pelo aparecimento de lesões de pele há um dia, após festa de aniversário de uma amiguinha. Nega outros sintomas associados. Refere uma reação semelhante há alguns meses, após ingestão de cachorro quente com mostarda amarela. Nega antecedentes pessoais ou familiares de alergias. Exame físico: lesões de borda arredondada, centro claro, muito pruriginosas, em dorso e membros. Restante sem alterações. **ASSINALE A ALTERNATIVA CORRETA:**

- a. Esta criança tem hipótese diagnóstica de alergia alimentar. Devem ser solicitados IgE específicos para leite, ovo, soja, amendoim, pois estes são ingredientes frequentes em alimentos presentes em festas de aniversário.
- b. Esta criança tem hipótese diagnóstica de alergia a corantes. Deve ser solicitado IgE específico para tartazina, alérgeno frequentemente associado à reações IgE mediadas.
- c. Esta criança tem hipótese diagnóstica de alergia a corantes. Deve ser solicitado painel de IgEs específicas para múltiplos alimentos.
- d. Episódios recorrentes de urticária aguda na infância podem ser desencadeados pelo consumo de alimentos ultraprocessados. Neste momento não é necessário solicitar dosagens IgEs específicas.

9. Menino, 12a, chega ao consultório de pediatria com diagnóstico prévio de dermatite atópica desencadeada por múltiplos alimentos. Faz uma dieta isenta de leite, ovos, peixes, chocolate, tomate, glúten e amendoim. Segundo a mãe, no último ano esteve internado por infecção de pele; está em uso de corticóide via oral há duas semanas e dois anti-histamínicos, sem melhora. Exame físico: presença de xerose e prurido, porém pele sem áreas de exsudação. **PARA ESTE PACIENTE ASSINALE A ALTERNATIVA CORRETA:**
- Há realmente associação de mais de 50% entre dermatite atópica e alergias alimentares; este paciente deve ser encaminhado ao imunologista para imunoterapia.
 - Embora menos de 10% dos pacientes com dermatite atópica estejam colonizados por estafilococos, é importante acrescentar cefalosporina via oral para este paciente.
 - A hidratação é a medida principal para este paciente; para ele deve usar no mínimo 500 gramas de hidratante por semana.
 - O corticóide sistêmico é medida agressiva, porém de baixo impacto, mesmo em uso prolongado, uma vez que a dermatite atópica tende a desaparecer com a idade.
10. Mãe com 18 anos, G2P0A1. Na sua segunda consulta do pré-natal, na Unidade Básica de Saúde, apresentava título de VDRL 1:8. **PODE-SE DIZER QUE:**
- Se o VDRL do recém-nascido for igual ou menor que o título materno, há baixa probabilidade de transmissão vertical da doença.
 - Se título do VDRL materno colhido por ocasião do parto for 1:4, pode-se considerar a possibilidade de resposta ao tratamento.
 - Se houver história de tratamento materno para sífilis com droga, dose e duração adequadas, o VDRL do recém-nascido poderá ser dispensado.
 - Se houver história materna de tratamento adequado durante a gestação, recém-nascido com exame físico normal e VDRL 1:2, pode-se suprimir a avaliação do recém-nascido com radiograma de ossos longos e líquido.
11. Recém-nascido de 29 semanas de gestação nasce em apneia, hipotônico e, após passos iniciais da reanimação, constata-se FC=50bpm. **A CONDUTA NESSE MOMENTO É:**
- Iniciar ventilação com pressão positiva por máscara facial com concentração de oxigênio inicial de 60%.
 - Iniciar ventilação com pressão positiva por tubo traqueal e compressão torácica coordenada com a ventilação.
 - Iniciar ventilação com pressão positiva por máscara facial com concentração de oxigênio inicial de 30%.
 - Iniciar ventilação com pressão positiva por tubo traqueal e concentração de oxigênio inicial de 100%.

12. Recém-nascido de 39 semanas de gestação nasce por parto vaginal e com tempo de bolsa rota de 24 horas. Mãe com pesquisa de *Streptococcus agalactiae* positiva e fisometria relatada pelo obstetra. Mãe recebeu cefazolina seis (6) horas antes do parto. Criança se encontra bem logo após o nascimento e em aleitamento materno em regime de alojamento conjunto. **EM RELAÇÃO À CONDUTA REFERENTE AO MANEJO DO RECÉM-NASCIDO QUANTO AO RISCO DE SEPSE NEONATAL PRECOCE E DE ACORDO COM O PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO POR CATEGORIA DE RISCO:**

- a. Realizar triagem infecciosa com hemocultura, hemograma e proteína C-reativa; iniciar antibioticoterapia imediatamente.
- b. Realizar triagem infecciosa com hemocultura, hemograma e proteína C-reativa; aguardar resultados.
- c. Realizar exame físico seriado, sinais vitais periódicos; observação clínica rigorosa.
- d. Proceder à internação em unidade de cuidados intermediários; iniciar tratamento antimicrobiano.

13. Pré-escolar, 6a, há 70 dias atrás apresentou quadro febril, coriza hialina e tosse seca, com três dias de duração. Desde então a tosse piorou de intensidade e fica mais intensa quando a criança se deita. Apresenta rinite alérgica e boa evolução de peso e altura. Nega sintomático respiratório na família. Exame físico: bom estado geral, coriza nasal espessa e amarelada. Pulmão murmúrio vesicular presente e simétrico bilateral. **A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA E A CONDUTA SÃO:**

- a. Tosse crônica, sinusite; tratar a sinusite com antibiótico por 14 dias, reavaliar após o tratamento para analisar se haverá necessidade de prosseguir ou não a investigação.
- b. Tosse persistente, evolução natural de Infecção viral de vias aéreas superiores, sinusite; tratar com antibiótico por 14 dias.
- c. Tosse persistente, tuberculose; radiograma de tórax, iniciar esquema tríplice e notificação da doença, investigação dos contactantes.
- d. Tosse crônica; higiene nasal, reavaliar após 14 dias para analisar se haverá necessidade de prosseguir ou não a investigação.

14. Menino, 15 m. Foi internado com insuficiência respiratória aguda obstrutiva durante 15 dias com o diagnóstico de bronquiolite viral aguda há quatro meses atrás. Apresentou crises de insuficiência respiratória aguda obstrutiva mensais após a alta. Mãe refere que na última crise criança não apresentou febre nem coriza nasal, estava na casa da avó que tem muitos tapetes e cortinas. Última prescrição feita pelo médico do Pronto Socorro: salbutamol inalatório e prednisolona por cinco dias. Antecedente familiar: pai apresentou chiado recorrente até a adolescência. **A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA E A CONDUTA SÃO:**

- a. Asma, sibilância não relacionada a resfriados; hemograma.
- b. Lactente sibilante porque apresentou quatro crises de Insuficiência respiratória aguda obstrutiva com necessidade de buscar o Pronto Socorro; hemograma na vigência da crise.
- c. Sibilância recorrente transitória, pois pai apresentou sibilância recorrente quando criança; dosagem de imunoglobulinas.
- d. Sibilância recorrente transitória induzida por vírus; pois ficou 15 dias internado na enfermaria de pediatria por bronquiolite viral aguda; pesquisa de vírus em orofaringe.

15. Menino, 10a, iniciou quadros de sibilância recorrente com dois anos de idade. No último ano apresentou seis episódios de crises de falta de ar, com necessidade de ir ao Pronto Socorro, sendo a última há três semanas, quando precisou ficar internado durante três dias. Refere tosse quando treina natação. Acorda toda manhã com obstrução e prurido nasal. Medicação em uso: beta2agonista de curta duração nas crises de falta de ar; formoterol 12mcg associado à budesonida 200mcg de 12/12/h, de segunda à quinta-feira. Antecedente familiar: Pai tem diagnóstico de asma.

A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA E A CONDUTA SÃO:

- a. Asma grave não controlada; otimizar o tratamento da rinite alérgica, orientar adesão e técnica inalatória, manter medicação profilática, retorno em quatro semanas.
- b. Asma leve não controlada; introduzir antileucotrieno, orientar adesão e técnica inalatória, solicitar radiograma de tórax, retorno em três meses.
- c. Asma grave parcialmente controlada; otimizar o tratamento da rinite alérgica, prescrever dipropionato de beclometasona 200mcg spray oral de 12/12h, retorno em três meses.
- d. Asma moderada não controlada; introduzir prednisolona 20mg/dia em dias alternados, orientar adesão e técnica inalatória, manter medicação profilática, retorno em quatro semanas.

16. Lactente, 50 dias de vida, deu entrada no Pronto Socorro de um hospital secundário com história de gemência e falta de ar há dois dias, após quadro de tosse intensa. Aleitamento materno exclusivo. Hábito intestinal: fezes semi-pastosas a cada 5 dias, já tinha iniciado óleo mineral. Hábito urinário: troca 6 fraldas/dia. Exame físico: FR=80irpm, saturação O₂=88%, presença de sibilância. Hemograma: discreta leucopenia com diferencial de células normal; radiograma de tórax= opacidade alvéolo-intersticial bilateral e hiperinsuflação pulmonar. **A HIPÓTESE**

DIAGNÓSTICA E A CONDUTA SÃO:

- a. Bronquiolite aguda viral; broncodilatador de curta duração.
- b. Pneumonia viral; prednisolona.
- c. Pneumonia lipóide; broncoscopia.
- d. Fibrose cística; antibiótico.

17. Menina, 3a, é trazida para avaliação por quadro de inchaço e dor no joelho direito há dois meses; a dor é mais intensa ao acordar, melhorando após meia hora. Não refere trauma no joelho; não observou febre ou emagrecimento. Esquema vacinal completo. Nega antecedentes familiares.: Hemograma normal, VHS=15 mm/H. **A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA MAIS PROVÁVEL É:**

- a. Febre Reumática.
- b. Dores de crescimento.
- c. Artrite Idiopática Juvenil.
- d. Sinovite transiente.

18. Menina, 2 a, é trazida para consulta por apresentar dor, edema e calor em joelho direito há oito semanas, com acometimento articular lento e progressivo. Nega febre. Exames realizados na Unidade Básica de Saúde: VHS=20mm/h; fator reumatóide=negativo; FAN=1:320. **FRENTE AO QUADRO DESCRITO, DENTRE AS OPÇÕES ABAIXO, QUAL EXAME É FUNDAMENTAL?**

- a. Avaliação oftalmológica com lâmpada de fenda.
- b. Ressonância magnética de joelho D.
- c. Ecocardiograma.
- d. Cintilografia de corpo inteiro com tecnécio.

19. Menina, 10a, apresenta febre, quase que diária e emagrecimento, associados a fraqueza progressiva há três meses. Nas últimas duas semanas vem apresentando engasgos e dificuldade para engolir os alimentos. Refere também uma reação na pele, que está vermelha, mais importante no rosto, que chega a ficar inchado em volta dos olhos. Exame de urina, feito na Unidade Básica de Saúde=normal. **DENTRE AS OPÇÕES ABAIXO, QUAL É O DIAGNÓSTICO?**

- a. Lúpus Eritematoso Sistêmico.
- b. Dermatomiosite.
- c. Edema Angioneurótico.
- d. Vasculite de Takayasu.

20. Menina, 7a, é avaliada por quadro de dores importantes em joelho e tornozelo esquerdos, de início súbito há cinco dias, associadas a cansaço e batadeira há dois dias. Previamente hígida; carteira vacinal em dia; negava viagens nos últimos três meses. Há cerca de 18 dias apresentou quadro de febre, com dor e dificuldade da deglutição, que cedeu com o uso de sulfametoxazol+trimetropima por cinco dias. **ANTES DOS EXAMES COMPLEMENTARES, A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA MAIS PROVÁVEL É:**

- a. Endocardite Bacteriana
- b. Febre Reumática
- c. Miocardite Viral

- d. Síndrome de Wolff-Parkinson-White

21. Menina, 9a, é trazida para consulta por apresentar dores em braços e coxas, associada a fraqueza muscular progressiva; iniciadas há cerca de três meses. No início do quadro a paciente refere que tinha um pouco de dificuldade para andar; houve piora e, atualmente, está com muita dificuldade para subir escadas e erguer os braços. Exame físico: eritema generalizado, edema e dor à palpação da musculatura dos membros. **DENTRE AS HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS ABAIXO, A MAIS PROVÁVEL É:**

- a. Leptospirose
- b. Miosite Viral
- c. Distrofia Muscular Progressiva
- d. Dermatomiosite

AS QUESTÕES 22 E 23 REFEREM-SE AO ENUNCIADO ABAIXO:

Menino, 3a, internado na Unidade de Terapia Intensiva pediátrica há uma hora com diagnóstico de meningite, com líquido sugestivo de meningite bacteriana. Encontra-se com cateter nasal de O₂, acesso venoso periférico, foram iniciadas infusão de 40 mL/kg de solução cristaloide e antibioticoterapia de amplo espectro. Exame físico: FC=165bpm; FR=40irpm; PA=80x40mmHg; T=37,0°C; saturação O₂=90%; escala de coma de Glasgow=10; pulsos periféricos finos; tempo de enchimento capilar=3 seg; extremidades frias; diurese concentrada=0,5 mL/kg/h. É optado por intubação orotraqueal.

22. Em relação às medicações utilizadas para intubação deste paciente, **ASSINALE AQUELA QUE ESTÁ CONTRAINDICADA:**

- a. Midazolam.
- b. Fentanil.
- c. Etomidato.
- d. Cetamina.

23. Qual o diagnóstico deste caso? **ASSINALE A ALTERNATIVA CORRETA:**

- a. Choque séptico dissociativo.
- b. Choque séptico hipotensivo.
- c. Choque séptico refratário a catecolamina.
- d. Choque séptico compensado.

24. Menino, 8a3m, é encaminhado ao ambulatório por ter baixa estatura, com radiograma para idade óssea feita aos 8 anos, com laudo de 5 anos e 6 meses, mas sem nenhuma queixa nos diversos aparelhos. Nasceu a termo, peso=2.380g; comprimento=44cm; PC=33cm; mãe fumante durante toda a gestação. Seu canal de crescimento (altura alvo) calculado com as alturas dos pais é bem desfavorável (pais são baixos), estando a média no percentil terceiro. Menarca da mãe e da única irmã aos 12 anos. Traz um valor de altura de 7a, que estava no percentil 10 e, na consulta atual, tem altura 4cm abaixo do percentil terceiro. Exame físico: normal proporcionado, ausência de qualquer estigma; peso=percentil 50. Desenvolvimento puberal: G1P1, testículos=2cm³. **ASSINALE A ALTERNATIVA CORRETA:**

- a. É portador de baixa estatura, mas cresce com velocidade normal, o que afasta doença; as etiologias são constitucional (familiar) e desnutrição intrauterina; tem atraso de maturação.
- b. Não é portador de baixa estatura, mas tem desnutrição intrauterina e componente constitucional (familiar) para justificar seu crescimento que é normal; tem atraso de maturação.
- c. É portador de baixa estatura e tem um canal familiar desfavorável; tem atraso de maturação e desnutrição intrauterina como fatores etiológicos para sua altura, mas não tem uma velocidade de crescimento normal, necessitando investigação laboratorial.
- d. Não é portador de baixa estatura; está dentro de seu canal de crescimento, tendo atraso de maturação e desnutrição intrauterina, fatores etiológicos que justificam, com seu crescimento normal, descartarmos presença atual de doenças.

25. Mãe refere que, ao voltar do trabalho, encontrou a criança de um ano com sudorese fria, temperatura menor que 34°C. Refere que previamente a criança estava com coriza clara e afebril; não sabe se pai fez uso de alguma medicação à noite (pai faz uso regular de vasoconstritor nasal). Antecedentes: criança eutrófica em acompanhamento regular com pediatra, carteira vacinal atualizada, não faz uso de medicamentos. Exame físico na sala de Emergência: FC=60bpm; FR=16irpm; PA=70x40mmHg; saturaçãoO₂=90%; T=34,3°C; sonolento; pupilas mióticas; abdome inocente; glicemia capilar=54mg/dL corrigida. **ASSINALE A ALTERNATIVA CORRETA:**

- a. RCP e TOT, suporte de terapia intensiva (bradicárdico, hipotérmico, hipotenso); tratamento é de suporte ventilatório e hemodinâmico.
- b. O diagnóstico etiológico é essencial e muda a conduta inicial; existe suspeita de intoxicação exógena que deve ser tratada.
- c. O tratamento adequado deve ser iniciado em conjunto com o Centro de Intoxicação; deve ser priorizado suporte hemodinâmico e etiológico.
- d. A realização de infusão de volume em alíquotas de 20ml/kg pode melhorar o quadro e protelar outras medidas.

26. Criança, 2a, é admitida em Sala de Urgência, com relato do cuidador de que acordou gritando de madrugada, com grande irritabilidade aparentando dor intensa. No trajeto, apresentou seis episódios de vômitos. Exame físico: pálido; torporoso; sudoreico; com eritema em dorso de pé esquerdo e dor à manipulação local. FC=180bpm, com presença de terceira bulha, ausculta pulmonar com estertores em ambas as bases. Hemoglobina=11,5g/dL; leucócitos=18.000/mm³ (sem desvio); sódio=135 mEq/L; potássio=2,5 mEq/L; glicose=220 mg/dL; troponina T=30 ng/L (VR < 14); pH=7,38; bicarbonato=22mEq/L; lactato=6,0mmol/L. Eletrocardiograma: alterações de repolarização ventricular. **O MANEJO IMEDIATO NA CONDUÇÃO DESTE PACIENTE ENVOLVE:**

- a. Fluidoterapia isotônica agressiva e antibioticoterapia de amplo espectro.
- b. Fluidoterapia isotônica parcimoniosa e soro antiescorpiônico.
- c. Fluidoterapia isotônica agressiva e insulinoterapia endovenosa.
- d. Fluidoterapia isotônica parcimoniosa e trombólise.

27. Menina, 6a, com diagnóstico prévio de trissomia do 21, é transferida de serviço de menor complexidade devido quadro de dor abdominal de forte intensidade nos últimos três meses, associada à anemia não responsiva a reposição de ferro, com necessidade de transfusão de hemácias (demais séries do hemograma sem alterações). No último mês vem apresentando irritabilidade, alteração do sono e da marcha. Antecedente epidemiológico, mora em zona rural, num pesqueiro com a família. Avaliação radiológica complementar demonstrou diversos corpos estranhos radiopacos em trato digestivo, impactados em membrana duodenal. **O DIAGNÓSTICO QUE JUSTIFICA AS MANIFESTAÇÕES DA PACIENTE É DE:**

- a. Saturnismo.
- b. Porfíria aguda intermitente.
- c. Leucemia linfoblástica.
- d. Parasitose maciça.

28. Menino, 12a, natural de Campinas, tem história de constipação desde os 6 meses de vida, após iniciar a alimentação sólida. Utiliza supositórios de glicerina com frequência e, no último mês, fez 4 lavagens intestinais em Pronto Atendimento. Frequência das evacuações: 1 a cada 7 dias, calibrosas, com desconforto e que por vezes entopem o vaso sanitário. Relata escapes fecais, 5 a 10 vezes/dia. Exame físico: estatura e peso adequados, massa papável em hipocôndrio direito. **NA SUA AVALIAÇÃO:**

- a. A desimpactação fecal está indicada.
- 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 reposta.
- d. Devem ser adotadas medidas comportamentais para o controle dos escapes fecais.

29. Menina, 7a. Queixa de dor abdominal desde os 3 anos de idade. Frequência da dor variável: 1 a 3 vezes por semana, até diariamente, de intensidade variável (em geral atrapalha, mas não impede as atividades diárias), preferencialmente epigástrica, sem irradiação. Sem horário preferencial, sem relação com a evacuação e/ou alimentação, associada à distensão abdominal. Nega despertar noturno, vômitos ou alteração no hábito intestinal. Evacua diariamente ou em dias alternados, fezes pastosas. Exame físico: bom estado geral, corada, hidratada, acianótica, anictérica, eupneica. peso=20 kg (p3-p10), estatura=1,16m (p10). Abdome distendido, RHA aumentados, timpânico a percussão, indolor a palpação, sem massas ou visceromegalias. Demais sistemas: sem alterações

Diário alimentar:

6h30: não come, ou toma iogurte/ come aveia
9h: fruta ou sanduiche de queijo ou cenoura e 1 copo de suco de laranja
12h (na escola): arroz, feijão, salada, frango e 1 copo de suco artificial
15h: fruta, bolacha ou salgadinhos e 1 copo de suco de uva
18h: macarrão com legumes e frango e 1 copo de suco de laranja/uva.

PELA SUA AVALIAÇÃO:

- a. Trata-se de um quadro de dor abdominal de provável causa péptica.
- b. Deve-se reduzir o consumo de frutose e observar se houve melhora da dor.
- c. Deve-se retirar todos os derivados de leite da dieta e observar se houve melhora da dor.
- d. Está indicada uma endoscopia digestiva alta devido ao tempo de duração da queixa.

30. Menino, 7a4m, previamente hígido, ingeriu moeda há dois meses, com vômitos, sem engasgos. Logo após a ingestão, procurou Pronto Atendimento, onde foi realizado radiograma de tórax e abdome, evidenciado corpo estranho em esôfago. Foi realizado endoscopia digestiva alta, com retirada do objeto e observado alterações em mucosa esofágica. Biopsia: presença de mais de 15 eosinófilos em campo de grande aumento. **A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA É:**

- a. Doença do refluxo gastresofágico oculto.
- b. Lesões secundárias à impactação do corpo estranho (moeda).
- c. Esofagite eosinofílica.
- d. Doença da membrana esofágica.

31. Lactente, 18m, é levado ao Pronto Atendimento logo após um episódio de cianose generalizada, hipotonia e hiporresponsividade. Mãe refere episódio de curta duração (20 seg), sem liberação esfinteriana, sem febre, sendo o terceiro episódio em 15 dias. Os episódios sempre ocorrem após choro intenso por ter sido censurada. Criança com desenvolvimento adequado, sem anormalidades ao exame físico. **QUAL PRINCIPAL HIPÓTESE DIAGNÓSTICA?**

- a. Síndrome de Sandifer.
- b. Síndrome hipotônico hiporresponsiva.
- c. Acidente Isquêmico transitório da infância.
- d. Crise de falta de fôlego.

32. Lactente, 4m, é levado ao serviço de Emergência por quadro abrupto de hipotonia generalizada, hiporresponsividade a estímulos e palidez. Recebeu a segunda dose da vacina pentavalente há 4 horas, nega febre ou outros sintomas associados. Paciente com seguimento adequado em Unidade Básica de Saúde, sem patologias prévias, amamentação exclusiva em seio materno (última mamada há 2 horas). Exame físico: FC=130bpm; FR=40irpm; saturação O₂=99%; PA=80x60mmHg; T=36°C; glicemia capilar=120mg/dL; criança sonolenta, mas reativa ao exame, sem déficits motores aparentes, acianótica, palidez cutânea, pupilas reativas e simétricas, sem lesões de pele aparentes, sem alterações no restante do exame físico. **A CONDUTA APROPRIADA PARA ESTE CASO É:**

- a. Manter paciente em observação até remissão total dos sintomas e notificação do caso.
- b. Encaminhar paciente à Sala de Emergência e iniciar protocolo de anafilaxia, com adrenalina IM.
- c. Coleta de Líquor e início empírico de antibioticoterapia, pois paciente está com estado mental alterado.
- d. Internação hospitalar para realização de exame de imagem.

33. Pré-escolar, 5a, é trazido desacordado pelos pais à Emergência. Referem ter encontrado um frasco vazio de fenobarbital ao lado da criança. Exame físico: FC=76bpm; FR=8irpm; saturação O₂=80%; PA=90x60mmHg; pulsos periféricos presentes, cianose de extremidades; pulmões: murmúrio vesicular presente, sem ruídos adventícios; coração: BRNF 2t sem sopros. **QUAL A MELHOR ABORDAGEM PARA O PRIMEIRO ATENDIMENTO DESTE PACIENTE?**

- a. Monitorização e oferta de oxigênio com máscara de alto fluxo não-reinalante.
- b. Iniciar ventilação positiva com dispositivo bolsa-válvula-máscara após posicionamento de via aérea.
- c. Iniciar compressões cardíacas e administrar epinefrina 0,01mg/kg.
- d. Encaminhar amostra de sangue urgente para Centro de Intoxicações e solicitar antídoto específico.

34. Criança, 8a, trazido pelo serviço de emergência móvel após um atropelamento em via pública. Não há informante disponível. Chega sonolento, mas apresenta febre aferida na emergência e sintomas gripais evidentes. Hemograma; hemoglobina=6,5g/dL; hematócrito=18%; plaquetas=8.000/mm³; leucócitos=400/mm³ (sem diferencial); exame de urina sem alterações;

radiograma de tórax sem condensações pulmonares. Foi discutido o caso e optado por iniciar um esquema antibiótico até o diagnóstico do foco infeccioso, após a coleta de culturas e aguardando a checagem das informações da anamnese quando chegar o acompanhante. O antibiótico escolhido pode ser:

- a. Penicilina natural (por exemplo, penicilina procaína).
- b. Macrolídeo (por exemplo, eritromicina).
- c. Cefalosporina de terceira geração (por exemplo, ceftazidima).
- d. Aminoglicosídeo (por exemplo, gentamicina).

35. Menino, 16 m, interna na Enfermaria de Pediatria com história de febre há seis dias e dor a mobilização do joelho direito há quatro dias. Nega trauma e comorbidades. Por opção familiar não recebeu nenhuma vacina do Programa Nacional de Imunização. Exame físico: regular estado geral, FC=102bpm, FR=22 irmp, perfusão=3 segundos, PA=87x52mmHg, T=39°C; joelho direito com bloqueio articular, hiperemia e calor local. Coletado exames e iniciado antibioticoterapia de amplo espectro. O laboratório de microbiologia informa, 8 horas após a coleta de hemocultura, crescimento de cocobacilo gram negativo pleomórfico. **A BACTÉRIA DESCRITA É:**

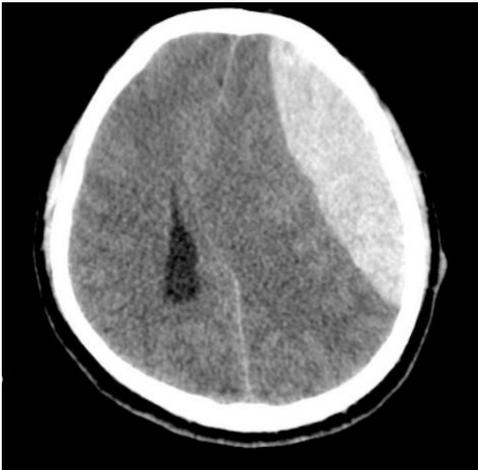
- a. *Haemophilus influenzae* tipo B.
- b. *Staphylococcus aureus*.
- c. *Streptococcus pneumoniae*.
- d. *Salmonella spp*.

36. Lactente, 2m, chega à Unidade de Emergência Pediátrica com crise convulsiva tônico-clônica generalizada controlada com uma dose de diazepam. Mãe conta que a criança está irritada há oito dias e mais sonolenta nos últimos dois dias. Exame físico: Regular do estado geral, FR=40irpm, FC=145bpm; pulmões: murmúrio vesicular simétrico bilateralmente, neurológico: paralisia de sexto par craniano. Tomografia de crânio com contraste: hidrocefalia acentuada e impregnação dos vasos da base. Líquor: Leucócitos=450/mm³ (72% linfócitos, 38% neutrófilo), proteína=523mg/dL, glicose=22mg/dL; glicemia= 68mg/dL. **O AGENTE ETIOLÓGICO É:**

- a) *Haemophilus influenzae* tipo B.
- b) *Mycobacterium tuberculosis*.
- c) *Aspergillus fumigatus*.
- d) *Escherichia coli*.

37. Menina, 10a, é trazida pela mãe a Unidade de Emergência, referindo que a filha está sonolenta e apresentou cinco episódios de vômitos após queda do beliche há quatro horas. Exame

físico: FC=56bpm, FR=12irpm, PA=144x92mmHg, Escala de Coma de Glasgow=13. Tomografia de Crânio sem contraste:



A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA É:

- a. Hematoma epidural; sem hipertensão intracraniana.
- b. Hematoma epidural; com hipertensão intracraniana.
- c. Hematoma subdural; com hipertensão intracraniana.
- d. Hematoma subdural; sem hipertensão intracraniana.

38. Menino, 10a, refere que há duas semanas tem apresentado dificuldades para escrever e para se alimentar (levar o alimento à boca). Além disso refere desequilíbrio ao andar, que piora quando fica nervoso. Nega febre, cefaleia ou perda de consciência. Antecedentes: quadro de febre, cansaço e dor em tornozelo direito e ombro esquerdo há dois meses. Exame físico: corado, hidratado, acianótico, irrequieto, consciente. Exame neurológico: reflexos e força muscular normais; articulações sem alterações, com movimentos assimétricos de face e de língua. **O TRATAMENTO**

INICIAL É:

- a. Penicilina benzatina.
- b. Vigabatrina.
- c. Psicoterapia.
- d. Piridoxina.

39. Menina, 9a, é trazida para atendimento médico com história de não conseguir andar há quatro horas. Nega dores e há um dia apresenta febre baixa. A criança frequenta escola, nunca ficou doente, exceto resfriados e com vacinação incompleta. Exame Físico: bom estado geral, consciente, T= 38°C, FC=100bpm, FR=24irpm; neurológico: diminuição de força da musculatura do membro inferior esquerdo, com flacidez muscular, abolição de reflexos profundos na área paralisada e sensibilidade preservada. **OS DIAGNÓSTICOS A SEREM INVESTIGADAS SÃO:**

- a. Poliomielite e Síndrome de Guilan-Barré.
- b. Mielite transversa e Enterovirose.

- c. Síndrome de Guilan-Barré e Meningite viral.
- d. Enterovirose e Transtorno somatoforme.

40. Menino, 12a, procura atendimento referindo mal-estar, febre e dor no corpo há 18 horas. Refere ter retirado carrapato da perna há seis dias. Exame físico; T=39°C, pulso cheios. Hemoglobina=12,2g/dL; leucócitos=12.300mm³ (3% bastões, 65%segmentados, 25% linfócitos, 7% monócitos); plaquetas=345.000 mm³. **A CONDUTA É:**

- a. Iniciar doxiciclina.
- b. Reavaliar em 24 horas.
- c. Iniciar cefalosporina de terceira geração.
- d. Investigar arbovirose.

41. Menina, 14a, é trazida por sua família ao Pronto Socorro por não conseguir falar. Ela obedece a comandos, mas é incapaz de repetir quando solicitada e ela não consegue escrever. **A LESÃO ESTÁ EM QUAL GIRO DO HEMISFÉRIO DOMINANTE?**

- a. Frontal inferior.
- b. Frontal médio.
- c. Frontal superior.
- d. Temporal superior.

42. UM PACIENTE COM AFASIA GLOBAL, HEMIPLEGIA DIREITA E HEMIANESTESIA DIREITA PROVAVELMENTE TERÁ UM AVC EM QUAL TERRITÓRIO?

- a. Artéria cerebral anterior esquerda.
- b. Artéria cerebral média esquerda.
- c. Divisão inferior da artéria cerebral média esquerda).
- d. Divisão superior da artéria cerebral média esquerda.

43. A FALHA NO FECHAMENTO DO TUBO NEURAL ANTERIOR RESULTA EM QUAL DOS SEGUINTE?

- a. Agenesia do corpo caloso.
- b. Holoprosencefalia alobar.
- c. Anencefalia.
- d. Atelencefalia.

44. Criança, 6m, tem história de espasmos epilépticos infantis. Exame físico: assimetria facial e lesão hipopigmentada em redemoinho no tronco que segue as linhas de Blaschko. **QUAL É O DIAGNÓSTICO MAIS PROVÁVEL?**

- a. Síndrome do nevo epidérmico.
- b. Hipomelanose de Ito.
- c. Incontinência pigmentar.
- d. Síndrome de Proteus.

45. Uma criança com síndrome de Dandy-Walker apresenta crises epilépticas de início recente. O exame de ressonância magnética mostra dilatação cística do quarto ventrículo e fossa posterior aumentada com tentório elevado. **O QUE MAIS DEVE SER ENCONTRADO NO EXAME DE RESSONÂNCIA?**

- a. Atrofia do mesencéfalo.
- b. Hipoplasia pontocerebelar.
- c. Hipoplasia do nervo óptico.
- d. Agenesia do vermis cerebelar.

46. Um recém-nascido tem uma mielomeningocele lombar. **QUAL DOS SEGUINTE É MAIS PROVÁVEL DE OCORRER COM ESTA CONDIÇÃO?**

- a. Malformação de Chiari I.
- b. Malformação de Chiari II.
- c. Síndrome de Klippel-Feil.
- d. Diastematomielia.

47. Menina, 9a, apresenta transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. Exame físico: macrocefalia, dez máculas hiperpigmentadas medindo mais de 5mm e deformidade na tíbia. **QUAL O DIAGNÓSTICO MAIS PROVÁVEL?**

- a. Neurofibromatose tipo 2.
- b. Síndrome de Sturge-Weber.
- c. Neurofibromatose tipo 1.
- d. Esclerose tuberosa.

48. KERNICTERUS É MAIS PROVÁVEL DE CAUSAR QUAL DOS SEGUINTE?

- a. Quadriparesia espástica
- b. Diplegia espástica
- c. Hemiparesia espástica
- d. Paralisia cerebral discinética

49. Menino, 15a, foi atingido na cabeça por uma bola de beisebol. Ele imediatamente perdeu a consciência brevemente, mas depois se recuperou. Cerca de 30 minutos depois, no Pronto Socorro, começa a ficar confuso e sonolento e depois vomita repetidamente. **QUAL O DIAGNÓSTICO MAIS PROVÁVEL?**

- a. Ruptura de aneurisma.
- b. Hematoma epidural.
- c. Crise epiléptica pós-traumática.
- d. Hematoma subdural.

50. QUAL DOS SEGUINTE MEDICAMENTOS DEVE SER EVITADO EM PACIENTES COM DOENÇA NEUROMUSCULAR, DEVIDO AO RISCO DE HIPERCALEMIA?

- a. Atracúrio.
- b. Succinilcolina.
- c. Rocurônio.
- d. Vecurônio.

51. O QUE É A TRÍADE DE CUSHING?

- a. Hipotensão, bradicardia, apnéia.
- b. Hipertensão, taquicardia, apnéia.
- c. Hipotensão, taquicardia, taquipneia.
- d. Hipertensão, bradicardia e respirações irregulares.

52. Um paciente apresenta perda de visão indolor em um olho. Sua mãe e seu irmão tiveram sintomas semelhantes e perderam a visão em ambos os olhos. Exame físico: escotoma central nesse olho. Ressonância magnética de crânio: normal. Não houve melhora dos sintomas com metilprednisolona. **QUAL O DIAGNÓSTICO MAIS PROVÁVEL?**

- a. Neurite óptica.
- b. Neuropatia óptica hereditária de Leber.
- c. Distrofia miotônica tipo 1.
- d. Distrofia muscular oculofaríngea.

53. Menina, 16a, apresenta cefaleia, paralisia do abducente e sinais piramidais. Ela tem uma história de úlceras mucosas e uveíte. Qual é o diagnóstico mais provável?

- a. Doença de Behçet.
- b. Esclerose múltipla.
- c. Neurosarcoidose.
- d. Doença de Whipple.

54. Menina, 10a, apresenta dor de cabeça, sonolência e dificuldade para andar. Há duas semanas teve virose com febre. Ressonância magnética de crânio: múltiplas lesões na substância branca cerebral bilateral, tálamo e gânglios da base, a maioria delas com realce ao contraste. Líquido cefalorraquidiano (LCR): 30 leucócitos (98% de linfócitos). As bandas oligoclonais são negativas.

QUAL O DIAGNÓSTICO MAIS PROVÁVEL?

- a. Ataxia cerebelar aguda.
- b. Encefalomielite disseminada aguda.
- c. Esclerose múltipla.
- d. Neuromielite óptica.

55. Menino, 6a, apresenta crises epiléticas focais motoras clônicas na mão e no braço esquerdos. As crises tiveram início há cerca de um ano e são farmacorresistentes. Sua mão e braço esquerdos estão se tornando progressivamente mais fracos. A análise do líquor não demonstra infecção. Ressonância magnética: atrofia do hemisfério direito. **QUAL O DIAGNÓSTICO MAIS PROVÁVEL?**

- a. Encefalite anti-receptor NMDA.
- b. Encefalite anti-receptor GABA A.
- c. Encefalite de Rasmussen.
- d. Meningite recorrente de Mollaret.

56. Adolescente masculino, 17a, apresenta crises epiléticas tônico-clônicas generalizadas. Suas crises pioram com a privação do sono. Ele relata frequentes abalos súbitos dos membros pela manhã. Exame de eletroencefalograma mostrou descargas generalizadas de 4 a 6Hz e resposta fotoparoxística. **QUAL O FÁRMACO ANTICRISE MAIS APROPRIADO?**

- a. Valproato.
- b. Carbamazepina.
- c. Topiramato.
- d. Etossuximida.

57. Criança, 6a, apresenta crises epiléticas noturnas, caracterizadas por sensação de formigamento da língua, contrações faciais e interrupção da fala. **QUAIS SÃO OS ACHADOS ESPERADOS NO SEU EXAME DE ELETROENCEFALOGRAMA (EEG)?**

- a. Descargas epileptiformes focais nas regiões centrotemporais.
- b. Descargas epileptiformes focais na região frontopolar direita.
- c. Descargas epileptiformes focais na linha média (no eletrodo Cz).
- d. Descargas epileptiformes generalizadas rítmicas a 3Hz.

58. Criança, 5a, apresenta crises epiléticas noturnas prolongadas caracterizadas por desvio dos olhos para a direita e ausência de resposta. As crises são precedidas por náuseas e acompanhadas de dor de cabeça e vômitos. **QUAL É O DIAGNÓSTICO MAIS PROVÁVEL?**

- a. Epilepsia autolimitada com descargas centrotemporais (Rolândica).
- b. Epilepsia autolimitada com crises visuais (Gastaut).
- c. Epilepsia de lobo temporal.
- d. Epilepsia autolimitada com crises autonômicas (Panayiotopoulos).

59. Neonato com microcefalia e hepatoesplenomegalia desenvolve crises epiléticas. Tomografia computadorizada de crânio: presença de calcificações ao redor dos ventrículos. **QUAL DOS SEGUINTE PATÓGENOS É, PROVAVELMENTE, O RESPONSÁVEL?**

- a. Citomegalovírus.
- b. Rubéola.
- c. Sífilis.
- d. Toxoplasmose.

60. Menina, 8m, apresenta crise tônico clônica generalizada associada à temperatura de 38°C. Ela tem outra crise um mês depois, em conjunto com otite e febre. O EEG está normal. A mãe da paciente afirma que ela mesma teve convulsões com febre dos seis meses aos três anos de idade. A irmã dela também. **QUAL DIAGNÓSTICO DEVE SER CONSIDERADO?**

- a. Convulsões febris.
- b. Convulsões familiares neonatais benignas.
- c. Epilepsia mioclônica benigna.
- d. Encefalopatia epilética infantil precoce.

61. Menino, 2a, apresenta crises epiléticas diárias. Suas crises começaram aos oito meses de idade. Ele teve *status epilepticus* em três ocasiões. Dois desses episódios ocorreram com febre. Atualmente, apresenta ainda mioclonias e crises com queda da cabeça. O EEG interictal mostra

desorganização leve da atividade de base, resposta fotoparoxística e descargas generalizadas.

QUAL O DIAGNÓSTICO MAIS PROVÁVEL?

- a. Síndrome de Dravet.
- b. Síndrome de Lennox-Gastaut.
- c. Síndrome de Otahara.
- d. Síndrome de Doose.

62. Menino, 10a, chega ao Pronto Socorro com crise tônico-clônica generalizada de início há 30 minutos. Ele recebe diazepam e fenitoína e a crise motora cessa. Tomografia computadorizada de crânio=normal e glicemia capilar normal, mas o paciente não desperta. **QUAL EXAME DEVE REALIZADO IMEDIATAMENTE?**

- a. Punção liquórica.
- b. Ressonância magnética de crânio.
- c. Eletroencefalografia (EEG).
- d. Triagem toxicológica.

63. Adolescente, 15a, com diagnóstico de epilepsia em uso de lamotrigina e valproato, chega ao Pronto Socorro por quadro de erupção cutânea e prurido nos olhos. **A CONDUTA MAIS ADEQUADA É:**

- a. Suspender a lamotrigina.
- b. Dar alta com anti-histamínico.
- c. Verificar os níveis de valproato e lamotrigina.
- d. Suspender o valproato.

64. Menino, 7a, apresenta episódios frequentes de olhar fixo. A mãe diz que ele faz uma pausa durante as atividades, desvia o olhar e depois volta à atividade. Isso ocorre várias vezes por dia. Seu exame neurológico e desenvolvimento são normais. **QUAL O FÁRMACO ANTICRISE DE ESCOLHA?**

- a. Etossuximida.
- b. Clobazam.
- c. Lamotrigina.
- d. Carbamazepina.

65. QUAL DOS SEGUINTE MEDICAMENTOS PODE ESTAR ASSOCIADO À SÍNDROME DOS OVÁRIOS POLICÍSTICOS E PANCREATITE HEMORRÁGICA FATAL?

- a. Levetiracetam.
- b. Ácido valpróico.
- c. Fenobarbital.
- d. Fenitoína.

66. Criança, 3a, apresenta episódios de diminuição da responsividade e postura. Eles ocorrem com mais frequência quando a criança está sentada em um assento de carro. Durante um episódio, ela não responde quando seu nome é chamado, mas responde ao toque. O evento para, se ela for removida do assento do carro. O desenvolvimento e exame físico são normais. O EEG é normal.

QUAL É O DIAGNÓSTICO MAIS PROVÁVEL?

- a. Epilepsia de ausência na infância.
- b. Distonia.
- c. Síndrome da autogratificação infantil.
- d. Síndrome de Sandifer.

67. QUAL DOS SEGUINTE MEDICAMENTOS TEM ALTA LIGAÇÃO A PROTEINA?

- a. Etossuximida.
- b. Gabapentina.
- c. Levetiracetam.
- d. Fenitoína.

68. Menino, 5a, apresenta dificuldade de fala e três crises tônico-clônicas nas últimas três semanas. Seus pais relatam que ele começou a ter problemas de compreensão, depois começou a falar menos. **QUAL DOS SEGUINTE ACHADOS DE EEG É MAIS PROVÁVEL?**

- a. Descargas centrotemporais.
- b. Estado de mal elétrico do sono.
- c. Descargas epileptiformes temporais esquerdas.
- d. Descargas epileptiformes parietais esquerdas.

69. QUAL DOS SEGUINTE MEDICAMENTOS PODE PIORAR CRISES DE AUSÊNCIA E MIOCLÔNICAS?

- a. Carbamazepina.
- b. Clonazepam.
- c. Lamotrigina.
- d. Ácido valpróico.

70. Menino, 3a, macrocefálico, apresenta letargia, distonia e hipotonia associadas a uma doença gastrointestinal. A ressonância magnética mostra alargamento bilateral das fissuras de silvianas e aumento do sinal T2 nos gânglios da base. **QUAL O DIAGNÓSTICO MAIS PROVÁVEL?**

- a. Deficiência de folato cerebral.
- b. Acidúria glutárica tipo I.
- c. Síndrome de Miller-Dieker.
- d. Doença do xarope de bordo.

71. Mancha vermelho-cereja no exame de fundo de olho, mioclonias, crises epiléticas e cegueira noturna **SÃO ENCONTRADOS EM QUAL DAS SEGUINTE DOENÇAS?**

- a. Doença de Lafora.
- b. Síndrome de Marinesco-Sjögren.
- c. Sialidose tipo I.
- d. Doença de Unverricht-Lundborg.

72. Lactente, 3m, apresenta insuficiência respiratória durante uma infecção viral. Ela está hipotônica e com atraso no desenvolvimento. A ressonância magnética mostra sinal simétrico e aumentado nos gânglios da base. O nível de lactato no LCR está elevado. **QUAL É O DIAGNÓSTICO MAIS PROVÁVEL?**

- a. Calcificação idiopática dos gânglios da base-1.
- b. Kernicterus.
- c. Síndrome de Leigh.
- d. Neurodegeneração com acúmulo cerebral de ferro.

73. QUAL DAS SEGUINTE É A MAIOR COMISSURA CEREBRAL?

- a. Comissura anterior.
- b. Corpo caloso.
- c. Comissura posterior.
- d. Comissura supra-óptica.

74. QUAL NERVO CRANIANO É RESPONSÁVEL PELA SENSAÇÃO GERAL DOS DOIS TERÇOS ANTERIORES DA LÍNGUA?

- a. Trigêmeo.
- b. Facial.
- c. Glossofaríngeo.
- d. Vago.

75. Menina, 2a, é trazida à clínica por causa de atraso no desenvolvimento. A família relata que ela não fala e não dorme bem, mas é muito sorridente. No exame, ela ri constantemente e apresenta sialorreia. Apresenta microcefalia, hipotônia e ataxia. **QUAL O DIAGNÓSTICO MAIS PROVÁVEL?**

- a. Síndrome de Angelman.
- b. Síndrome de Prader-Willi.
- c. Síndrome de Williams.
- d. Síndrome de Down.

76. Menino, 7a, apresenta dificuldades escolares e problemas de comportamento. Os pais relatam que ele teve dificuldades para se alimentar quando recém-nascido, mas agora come excessivamente. Ao exame, ele é obeso, tem olhos amendoados e mãos e pés pequenos. **QUAL O DIAGNÓSTICO MAIS PROVÁVEL?**

- a. Síndrome de Angelman.
- b. Síndrome de Prader-Willi.
- c. Síndrome de Williams.
- d. Síndrome de Down.

77. Menino, 11a, apresenta dificuldades na escola. O professor acha que ele tem autismo. Sua mãe afirma que ela foi diagnosticada com uma deficiência de aprendizagem. Avô materno tem tremor intencional e instabilidade na marcha. **QUAL O DIAGNÓSTICO MAIS PROVÁVEL?**

- a. Síndrome do X frágil.
- b. Síndrome de Klinefelter.
- c. Síndrome 47, XYY.
- d. Síndrome de Sotos.

78. QUAL É O PADRÃO MAIS COMUM DE FRAQUEZA MUSCULAR NAS MIOPATIAS?

- a. Fraqueza distal do braço e da perna distal.
- b. Fraqueza do braço distal e perna proximal.
- c. Fraqueza do braço proximal e da perna distal.
- d. Fraqueza proximal do braço e perna proximal.

79. Menino, 6a, apresenta quedas e dificuldade para correr. Seus sintomas começaram aos três anos de idade. Exame físico: hipertrofia da panturrilha, lordose leve e dificuldade de se levantar rapidamente do chão. Seu nível de CPK está significativamente elevado. **QUAL O DIAGNÓSTICO MAIS PROVÁVEL?**

- a. Distrofia miotônica.
- b. Atrofia muscular espinhal.
- c. Distrofia muscular de Duchenne.
- d. Miopatia nemalínica.

80. QUAL DOS SEGUINTE DEFEITOS VISUAIS É CAUSADO POR UMA LESÃO DAS RADIAÇÕES ÓPTICAS TEMPORAIS ESQUERDAS?

- a. Quadrantanopsia superior direita.
- b. Quadrantanopsia inferior direita.
- c. Hemianopsia homônima direita com preservação macular.
- d. Quadrantanopsia inferior esquerda.

