

RESIDÊNCIA MÉDICA

2021

UFRJ	INCA
------	------

PROVA DE PEDIATRIA

INSTRUÇÕES

1. Verifique se o **Nº DE INSCRIÇÃO** e o seu **NOME** coincidem com os impressos na **FOLHA DE RESPOSTAS**.
2. Esta prova compõe-se de **50 questões**, escolha múltipla, de conhecimentos em Clínica Pediátrica.
3. Cada questão apresenta 04 (quatro) opções e apenas uma resposta correta.
4. A maneira correta de marcar a sua opção encontra-se indicada na folha de respostas. **Utilize caneta azul ou preta. Assine a folha de repostas NA ÁREA CORRETA, DEMARCADA. NÃO rasure a folha de respostas**
5. A prova terá a duração de 2 horas (das 9:30h às 11:30h), **incluindo o tempo de marcação na folha de respostas**.
6. Ao ser dado o sinal para início da prova, abra o caderno e **verifique se ele está completo, 10 (dez) páginas (frente e verso)**.
7. Os últimos 03 (três) candidatos, ao terminarem a prova, só poderão retirar- se da sala juntos.
8. **OS FISCAIS, ALÉM DE NÃO CONHECEREM O CONTEÚDO DA PROVA, NÃO ESTÃO AUTORIZADOS A RESPONDER OU ESCLARECER DÚVIDAS SOBRE AS QUESTÕES**.
9. **ATENÇÃO: EM HIPÓTESE ALGUMA HAVERÁ SUBSTITUIÇÃO DO CARTÃO DE RESPOSTAS, MESMO EM CASO DE MARCAÇÃO INCORRETA**.

- 1. Menino, 2 anos, é levado ao ambulatório com queixa de lacrimejamento frequente, fotofobia e de estar sempre com o olho esquerdo fechado como se ele estivesse com algum corpo estranho. Exame físico: aumento do volume do olho ipsilateral. A hipótese diagnóstica mais provável é:**
 - a) úlcera de córnea
 - b) conjuntivite infecciosa
 - c) glaucoma congênito
 - d) retinoblastoma
- 2. Pode-se afirmar que em paciente pediátrico, com dieta exclusivamente vegetariana, é preciso monitorar e, quando necessário, suplementar:**
 - a) vitaminas B₁₂ e D; ferro; zinco e cálcio
 - b) vitaminas C e E; ferro; potássio e cálcio
 - c) vitaminas B₁₂ e C; ferro; magnésio e cálcio
 - d) vitaminas C e E; potássio; magnésio e ácido fólico
- 3. Na consulta de seguimento de 12 meses de uma criança a termo, com foco na prevenção e triagem inicial da anemia ferropriva, são providências necessárias:**
 - a) liberar a ingestão de leite de vaca in natura; suspender a suplementação de ferro elementar; solicitar hemograma; proteína C reativa e ferritina
 - b) suspender a ingestão de leite de vaca in natura; iniciar a suplementação de ferro elementar em 5mg/kg/dia; solicitar hemograma e reticulócitos
 - c) limitar a ingestão de leite de vaca in natura em 500ml/dia; manter a suplementação de ferro elementar em 1mg/kg/dia; solicitar hemograma; proteína C reativa e ferritina
 - d) limitar a ingestão de leite de vaca in natura em 1000mL/dia; manter a suplementação de ferro elementar em 1mg/kg/dia; não há necessidade de solicitar exame laboratorial algum
- 4. Menina, 9 anos, com bom desenvolvimento neuropsicomotor foi internada com queixa de mãos rígidas e dificuldade em levantar os dedos (início há dois meses). Três dias antes da internação, apresentou as pontas dos dedos rígidas, com extensão para mão.**

Exame físico: percentil 10 a 25 para peso; percentil 50 a 75 para altura; frequência cardíaca (FC) = 90bpm; pressão arterial (PA) = 90 x 60mmHg; rigidez cutânea nas palmas e dedos das duas mãos; dificuldade em abrir a boca e úlceras nas polpas digitas do segundo e quarto dedo de ambas as mãos. Exame hematológico e bioquímico sanguíneo: normais. Exame de urina (EAS): normal. Fator reumatóide: negativo; anticorpos antinucleares (FAN) = positivo (1/320) e com granularidade fina. A hipótese diagnóstica mais provável é:

 - a) esclerodermia
 - b) artrite idiopática juvenil
 - c) fenilcetonúria
 - d) quiroartropatia diabética
- 5. Na reanimação neonatal, a hipotermia terapêutica é recomendada no tratamento precoce do recém-nascido (RN) com idade gestacional (IG) ≥ 35 semanas com diagnóstico de encefalopatia hipóxico-isquêmica, quando esse apresenta sucção:**
 - a) ausente; frequência respiratória e atividade normais
 - b) vigorosa; respiração periódica e ausência de atividade espontânea
 - c) fraca; frequência respiratória e atividade normais
 - d) ausente; apneia e ausência de atividade espontânea
- 6. Menino, 4 anos, com controle esfinteriano completo previamente normal, é trazido ao ambulatório referindo estar urinando muitas vezes durante o dia; à noite, tem acordado cerca de duas vezes para urinar. Segundo os pais, o quadro se iniciou há cerca de 3 meses; o trânsito intestinal se manteve normal. Nega: sinais e sintomas infecciosos; emagrecimento e polidipsia. EAS e uma glicemia de jejum: normais. Urinocultura: negativa. A hipótese diagnóstica mais provável é:**
 - a) diabetes mellitus tipo I
 - b) infecção do trato urinário
 - c) disfunção do trato urinário inferior
 - d) balanopostite

- 7. Pode-se afirmar que, na doença inflamatória intestinal, uma possível complicação da retirada da corticoterapia de uso crônico é:**
- recidiva da doença de base
 - síndrome de *Cushing*
 - obesidade central
 - glaucoma
- 8. A fim de se evitar a disseminação intra-hospitalar de sarampo, pode-se afirmar que a vacina de bloqueio para os contactantes pediátricos intra-hospitalares:**
- não deve ser aplicada em nenhum dos indivíduos suscetíveis que estejam hospitalizados
 - está indicada para indivíduos suscetíveis expostos não-imunossuprimidos a partir dos seis meses de idade, nas primeiras 72 horas após a exposição
 - está indicada para indivíduos expostos suscetíveis, independentemente do grau de imunossupressão, a partir dos quinze meses de idade, nas primeiras 96 horas após a exposição
 - por se tratar de doença com alto grau de morbimortalidade, a vacina está indicada para todos os contactantes independentemente do *status* vacinal
- 9. RN, IG = 36 semanas, peso de nascimento = 2.500g, com 6 horas de vida começou a apresentar hipoatividade, má perfusão periférica e desconforto respiratório. Nasceu de parto vaginal, com tempo de bolsa rota de 20 horas. A hipótese diagnóstica mais provável é:**
- sepsis neonatal
 - doença da membrana hialina
 - síndrome de aspiração meconial
 - taquipneia transitória
- 10. A manutenção da temperatura corporal é um elemento essencial no manejo neonatal. Pode-se afirmar que os mecanismos mais importantes de perda de calor, no RN, são:**
- convecção; condução; condensação e fricção
 - condensação; condução; evaporação e radiação
 - convecção; fricção; evaporação e radiação
 - convecção; condução; evaporação e radiação
- 11. Menina, 1 ano, eutrófica, acabou de aprender a andar e apresenta as pernas “arqueadas”. A conduta mais adequada para esta criança é:**
- observação clínica até os dois anos de idade
 - iniciar psicomotricidade precoce para resolver a deformidade
 - encaminhar para o ortopedista pediátrico para colocação de aparelho
 - encaminhar para o ortopedista pediátrico para colocação de bota ortopédica
- 12. Menina, 1 mês e 23 dias de vida, nasceu de parto normal a termo com escala de *Apgar* de 8, adequada para IG. Pais hígidos, não consanguíneos. Internou com história de icterícia progressiva desde o nascimento; hipocolia fecal; urina amarela e baixo ganho ponderal nos últimos 20 dias. Exame físico: emagrecida; icterícia; fígado palpável a 6cm do rebordo costal direito; baço a 4cm do rebordo costal esquerdo. Exames laboratoriais: bilirrubina direta = 13,72mg/dL; bilirrubina indireta = 3,39mg/dL; TGO = 423UI/L; TGP = 184UI/L; fosfatase alcalina = 474UI/L; gama-GT = 634UI/L; sorologias para toxoplasmose, herpes, rubéola, citomegalovírus, anti HIV e sífilis (TORCHS) negativas para infecção aguda; sem incompatibilidade ABO e Rh. Para o esclarecimento diagnóstico, a seguir, deve-se solicitar:**
- endoscopia digestiva
 - ressonância magnética de abdome
 - ultrassonografia de vias biliares
 - estudo contrastado do trânsito intestinal

13. Menino, 7 anos, com asma está em tratamento regular há três meses com salbutamol *spray* (quando necessário) e corticoide inalatório diário em baixa dose. Na consulta de retorno, a mãe refere que o menino consegue jogar futebol, mas necessita usar o salbutamol cerca de 3 a 4 vezes por semana quando tem sintomas noturnos. Ademais, foi hospitalizado uma vez no ano passado em estado de mal asmático. A conduta mais adequada para esta criança é:
- nenhuma mudança é necessária, ele está em tratamento adequado
 - acrescentar um agente β agonista de ação prolongada ao tratamento
 - suspender o corticoide inalatório
 - acrescentar cromoglicato de sódio ao tratamento
14. Menina, 3 anos, portadora de doença falciforme, apresenta quadro de dor abdominal súbita, mal estar e palidez. Os pais negam história febril, assim como sinais e sintomas de infecção de vias aéreas superiores ou gastrintestinais. Exame físico: temperatura axilar = $36,5^{\circ}\text{C}$; FC = 160bpm; FR = 46irmp; PA = 68 x 38mmHg; saturação de oxigênio (SpO_2) indetectável; palidez cutâneo-mucosa importante; presença de massa dolorosa e palpável no quadrante superior esquerdo. Hemograma de uma semana atrás: hemoglobina (Hb) = 8g/dL; leucócitos = $14.400/\text{mm}^3$; plaquetas = $357.000/\text{mm}^3$. Hemograma na admissão: Hb = 6g/dL; leucócitos = $17.500/\text{mm}^3$ e plaquetas = $110.000/\text{mm}^3$. O tratamento, inicial, melhor indicado para esta menina é:
- coleta de duas amostras de hemocultura e administração de antibióticos parenterais
 - hidratação venosa vigorosa e transfusão de concentrado de hemácias
 - hidratação venosa vigorosa e administração de hidroxuréia
 - coleta de duas amostras de hemocultura e realização de bioquímica sérica completa
15. Menina, 3 anos, entra no ambulatório de pediatria claudicando. Os pais dizem que ela está “andando engraçada” há cerca de 6 semanas, principalmente pela manhã, mas não se queixa de dor. Seu joelho direito, que está “inchado” há 6 semanas, “fica duro” por cerca de 1 hora, com melhora no decorrer do dia, segundo os pais. Afora esta queixa, ela é saudável e está se desenvolvendo normalmente. Exame físico: perna direita levemente virada para fora; joelho direito com derrame; mantém a maior parte do peso apoiado na perna esquerda; outras articulações normais. No manejo inicial desta paciente, é necessário encaminhá-la para um:
- infectologista
 - oftalmologista
 - ortopedista
 - fisioterapeuta
16. Menino, 1 ano, apresenta eczema, trombocitopenia, baixos níveis séricos de IgM e infecções recorrentes por *Streptococcus pneumoniae*. A hipótese diagnóstica mais provável é:
- síndrome de *Wiskott-Aldrich*
 - agamaglobulinemia ligada ao X
 - síndrome de *Di George*
 - hipersensibilidade grave tipo IV
17. Menino, 4 anos, com atraso de desenvolvimento tem relação altura para a idade, peso para idade e perímetro cefálico abaixo do 3º percentil. Ademais, apresenta eminência tenar plana e polegar ausente na mão direita, hipospádia e hiperpigmentação generalizada com manchas café com leite. Na investigação diagnóstica, deve-se solicitar:
- fibrinogênio
 - alfa feto proteína
 - hemograma
 - VDRL

18. Menino, 2 meses e peso de 3.600g, é atendido no ambulatório de puericultura. Ele sustenta a cabeça, murmura, balbucia e sorri espontaneamente. A carteira de vacinação está atualizada. A gestação foi sem intercorrências e o pré-natal completo com sorologias negativas. Nasceu de parto vaginal espontâneo, com 39 semanas de gestação. Peso de nascimento = 3.800g; escala de Apgar 9/10; recebeu alta com 48 horas de vida e é amamentado exclusivamente ao seio. A conduta adequada para este lactente é:
- investigar baixa ingesta
 - investigar disfagia secundária a neuropatia
 - reagendar consulta ambulatorial em 30 dias
 - reagendar consulta ambulatorial em 60 dias
19. Menina, 3 meses, com bom desenvolvimento e ganho ponderal, é atendida no ambulatório com queixa de estrabismo. Exame físico: ponte nasal larga e plana; dobras epicânticas proeminentes com menor visualização da esclera nasal bilateralmente, especialmente quando a criança olha para os lados; quando expostas à luz, o reflexo corneano está centrado em ambos os olhos. A conduta mais adequada é:
- encaminhar para o oftalmologista por suspeita de nistagmo
 - encaminhar para o oftalmologista por suspeita de paralisia de nervo par craniano
 - orientar a mãe que este quadro se resolverá com o crescimento da criança
 - solicitar sorologias por suspeita de infecção do grupo TORCHS
20. Pode-se afirmar a respeito da esofagite eosinofílica, que esta pode:
- ser um achado compatível com intoxicação exógena
 - ser um achado compatível com *Doença de Chagas*
 - estar associada à síndrome de vômitos cíclicos
 - estar associada à dermatite atópica
21. Pode-se afirmar que nos pacientes portadores de distúrbios alimentares agudos, em recuperação nutricional, os distúrbios associados à administração excessiva de carboidratos são:
- hipercalemia; hiperfosfatemia e hipermagnesemia
 - hipocalemia; hipofosfatemia e hipomagnesemia
 - hiponatremia; hipofosfatemia e hipomagnesemia
 - hipoglicemia; hiperfosfatemia e hipermagnesemia
22. Menina, 3 anos, é atendida com quadro de dor oral importante, há 24 horas, além de salivação, recusa em comer ou beber. Exame físico: temperatura axilar = 40,6°C; desidratação de segundo grau; gengivas edemaciadas; presença de vesículas nos lábios, língua, palato, amígdalas e região perioral. O tratamento mais adequado para esta criança é a administração de:
- penicilina benzatina
 - aciclovir pomada
 - gel anestésico
 - aciclovir parenteral
23. Pode-se afirmar que o distúrbio ácido-base mais característico da estenose hipertrófica do piloro é a:
- alcalose metabólica hiperclorêmica
 - acidose metabólica hiperclorêmica
 - acidose metabólica hipoclorêmica
 - alcalose metabólica hipoclorêmica
24. No segmento de pacientes portadores de síndrome nefrótica responsiva a corticoide, deve-se monitorar regularmente:
- glicemia; lipidograma; proteinúria e pesquisa de elementos anormais na urina
 - glicemia; creatinina sérica; eletrólitos séricos e pesquisa de elementos anormais na urina
 - hemograma completo; creatinina sérica; eletrólitos séricos e pesquisa de elementos anormais na urina
 - hemograma completo; creatinina sérica; hepatograma e pesquisa de elementos anormais na urina

25. Menina, 4 meses, previamente saudável, é trazida à emergência após ter apresentado episódio de crise convulsiva cerca de 20 minutos após adormecer. A convulsão cedeu espontaneamente, mas retornou durante a triagem. Pais negam uso regular de medicamentos, traumas, febre, vômitos ou diarreia, história prévia de convulsões. Carteira de vacinação em dia. A paciente é alimentada com 6 medidas de fórmula própria para a idade diluída conforme instruções. É constipada, por isso a mãe tem oferecido cerca de 2 a 3 mamadeiras de água nos intervalos das mamadas. Não frequenta creche; não teve contato com pessoas doentes. Exame físico: peso = 7kg; irresponsiva; vias aéreas pervias; normocefálica; sem evidência de traumas; fontanela anterior normotensa; aparelhos cardiovascular, pulmonar, abdominal e geniturinário normais. Glicemia capilar = 146mg/dL. Gasometria venosa e eletrólitos séricos:

Valores	Referências
Na = 122mEq/L	135-145mEq/L
K = 4,0mEq/L	3,5-5,5mEq/L
Cl = 103mEq/L	96-109mEq/L
CO ₂ = 24mEq/L	18-27mEq/L
Ca = 1,45mmol/L	1,16-1,45mmol/L
pH = 7,38	7,32-7,42
pCO ₂ = 35mmHg	41-51mmHg
pO ₂ = 34mmHg	25-40mmHg

A conduta mais adequada para esta criança é administrar:

- diazepam retal
- solução salina hipertônica 3%
- fenitoína venosa
- ceftriaxone

26. Menino, 9 meses, foi internado com pneumonia comunitária em UTI pediátrica sendo prescrito penicilina cristalina por 7 dias, metadona e colocado em ventilação não invasiva. No décimo segundo dia de internação (quinto dia após a suspensão da penicilina), evoluiu com picos febris

isolados de até 38^oC, sem comprometimento hemodinâmico. Exame físico: exantema maculopapular violáceo com início no tronco, aproximando-se dos membros superiores e face, confluyente e generalizado; discreto edema perioral. Não havia envolvimento de mucosa, nem linfadenopatia palpável. Hemoculturas: negativas. Exames laboratoriais:

Valores	Referências
Leucócitos = 5.910/mm ³	3.600-11.000
Linfócitos = 3.110/mm ³	1.200-3.000
Eosinófilos = 10,5%	2,0-4,0%
TGP = 593UI/L	4-41
TGO = 531UI/L	9-37
Gama-GT= 97UI/L	8-61
Fosfatase alcalina = 157UI/L	40-129
Bilirrubina total=0,34mg/dL	0-1,00

A hipótese diagnóstica mais provável é:

- escarlatina
- doença de *Kawasaki*
- reação cutânea associada à eosinofilia e sintomas sistêmicos (*DRESS*)
- eritema infeccioso

27. RN, com 36 horas de vida, nascido a termo de parto vaginal, adequado para a IG, sem intercorrências perinatais, evoluindo com boa aceitação do seio materno. Exame físico: sem alterações. A mãe foi diagnosticada com tuberculose pulmonar no dia do parto. A conduta mais adequada, segundo o Ministério da Saúde do Brasil, para o binômio mãe/filho é:

- suspender definitivamente a amamentação e iniciar fórmula infantil
- manter a amamentação fazendo uso de máscara cirúrgica ao amamentar e ao cuidar da criança, enquanto a baciloscopia do escarro se mantiver positiva
- suspender a amamentação até que se comprove baciloscopia negativa
- manter a amamentação fazendo uso de máscara N95 durante todo o tempo em que a mãe estiver em contato com a criança, enquanto a baciloscopia do escarro se mantiver positiva

28. Menino, 4 anos, com *diabetes mellitus* tipo 1, é levado à emergência com palidez, taquicardia, sudorese profusa, tremores e irritabilidade. Mãe refere história de tosse produtiva, obstrução nasal, febre não aferida há 72 horas (3 picos/dia), astenia e recusa alimentar. A hipótese diagnóstica mais provável para esta criança é:

- a) cetoacidose diabética devido à anorexia
- b) hipoglicemia em consequência da recusa alimentar e insulino terapia
- c) fenômeno de *Somogyi*
- d) efeito lua de mel

29. Prematuro, 34 semanas, nasceu de casamento consanguíneo de segundo grau por parto cesáreo de emergência devido a descolamento de placenta. A mãe (Gesta II, Para II) apresentou polidramnia de etiologia desconhecida nas duas gestações. Ao nascer, não necessitou de reanimação, pesou 2.100g. Exame clínico e radiológico: normais. Durante as duas primeiras semanas de vida, não teve ganho de peso satisfatório, apesar de mamar regularmente. Apresentava vômitos ocasionais, pouca atividade e sucção fraca; sinais vitais normais. Exames laboratoriais com 12 dias de vida:

Valores	Referências
Ureia = 30 mg/dL	16-40
Creatinina sérica = 1,4mg/dL	0,6-1,2
Cálcio sérico = 9,69mg/dL	8,5-10,2
Cálcio urinário = 9,42mg/dL	<0,25
Sódio = 120mEq/L	135-145
Potássio = 2,6mEq/L	3.5-5.5
Cloro = 85mmol/L	98-107
Bicarbonato = 41,7mmol/L	22-26
pH = 7,49	7,35-7,45
Fração excretada de sódio = 11,97%	<4%
Fração excretada de potássio = 124,6%	<30%
Renina = 6,6ng/ml/h	0,2-2
Aldosterona = 3.312 pg/ml	50-250

Historia familiar: irmão anterior, nascido de parto normal a termo, tinha deficiência de crescimento durante o período neonatal e morreu de desidratação grave, de etiologia desconhecida, com um mês e meio de idade. Pode-se afirmar que o quadro clínico desta criança é compatível com:

- a) síndrome de *Barter*
- b) síndrome de *Williams*
- c) hiperaldosteronismo primário
- d) síndrome de *Cushing* congênito

30. Adolescente, 15 anos, com história de uso de drogas é levado à emergência após ser encontrado por colegas caído próximo à sua residência. Exame físico: irresponsivo; pupilas mióticas; abdômen distendido e normotenso; PA = 100 x 60mmHg; FC = 60bpm; temperatura axilar = 37,2°C; SpO₂ = 88% mesmo sendo ventilado com sistema bolsa-máscara (AMBU). Optou-se por intubação orotraqueal (IOT). Após IOT, paciente taquicárdico, hipertenso, sudoreico e com SpO₂ = 55%, apesar de fração inspirada de oxigênio (FiO₂) = 100%. Ausculta pulmonar pós IOT: sem sons respiratórios bilateralmente. O paciente evolui com agitação, hipotensão e cianose. A conduta mais adequada, imediata, neste momento é:

- a) conectar o paciente ao respirador e aguardar estabilização por cinco minutos
- b) administrar naloxone por suspeita de intoxicação exógena
- c) suspeitar de pneumotórax bilateral e realizar punção torácica
- d) reintubar a paciente por provável intubação esofágica

31. Menina, 10 anos, há 4 meses, apresenta dor abdominal que melhora com a evacuação. A dor é periumbilical sem irradiação, dura cerca de meia hora, ocorre durante o dia e é forte o suficiente para afetar as atividades cotidianas. Sua frequência é de aproximadamente 4 episódios por mês. Refere fezes amolecidas, mesmo depois de ser tratada com ciclos de metronidazol e albendazol. Foi também submetida a uma dieta restritiva a glúten e lactose sem melhoras. Endoscopia digestiva alta e colonoscopia: normais. A hipótese diagnóstica mais provável para esta menina é:

- a) dispepsia funcional
- b) doença de *Crohn*
- c) síndrome do intestino irritável
- d) má rotação intestinal

- 32. Pode-se afirmar que são critérios para o diagnóstico da Síndrome da Resposta Inflamatória em Pediatria:**
- a) febre nas primeiras 4 horas; alteração da série branca; taquicardia afebril e/ou taquipneia sem sibilos na ausculta pulmonar
 - b) febre nas primeiras 4 horas; alteração da série branca; taquicardia em vigência de febre e/ou taquipneia com sibilos difusos na ausculta pulmonar
 - c) afebril nas primeiras 4 horas; alteração da série branca; taquicardia em vigência de febre e taquipneia com sibilos difusos na ausculta pulmonar
 - d) afebril nas primeiras 4 horas; taquicardia e taquipneia
- 33. Menina, 4 anos e 8 meses, é levada ao ambulatório devido à irritabilidade extrema, retraimento social, negatividade e períodos de diminuição do apetite. Esses comportamentos foram observados, primeiramente, pelos pais quando a menina tinha 3 anos. O quadro tem piorado, aumentando em intensidade e frequência, e se tornou uma fonte de problema familiar. Atualmente, reage a pequenas frustrações com desproporcional tristeza e/ou raiva; apresenta falta de interesse por atividades e brincadeiras. A paciente frequenta a pré-escola e nenhum problema foi relatado nesse ambiente. A hipótese diagnóstica mais provável é:**
- a) transtorno do déficit de atenção com hiperatividade
 - b) espectro autista
 - c) intoxicação exógena
 - d) depressão
- 34. Menino, 3 anos, com história de varicela leve há 3 semanas, é levado à emergência por aparecimento, há dois dias, de “manchas roxas” nas pernas sem associação com traumas, febre, sintomas gastrintestinais ou respiratórios. Exame físico: bom estado geral; alerta e cooperante; sinais vitais estáveis; presença de equimoses em ambas as regiões pré-tibiais e nos membros superiores; petéquias difusas nos membros superiores, tronco e face. Não há evidência de sangramento mucoso. A hipótese diagnóstica mais provável é:**
- a) doença meningocócica
 - b) infecção por *Epsetin Barr* secundária à varicela
 - c) púrpura trombocitopênica idiopática
 - d) síndrome hemolítico-urêmica
- 35. Menino, 9 anos, com história de febre e dor de garganta foi tratado com penicilina benzatina. No dia seguinte, desenvolveu uma erupção cutânea eritematosa e não pruriginosa que evoluiu dos pés até as coxas e as extremidades superiores, incluindo palmas e solas dos pés. Mais tarde, os pés ficaram inchados e dolorosos; quadro que se agravava com a deambulação. Exame físico: eritema faríngeo; petéquias no palato mole; linfadenopatia cervical; erupção purpúrica nodular e indolor envolvendo as extremidades superiores e inferiores com edema duro sem acometimento do tronco. Dois dias depois, o paciente apresentou dor abdominal em cólica envolvendo o quadrante superior direito e esquerdo, agravada pelas refeições e associada à hematêmese e fezes aquosas. Exames laboratoriais: leucocitose = 16.900/mm³; Hb = 14g/dL; hematócrito = 41,2%; uréia = 16 mg/dL; creatinina = 0,9mg/dL. Exame de urina: > 5 hemácias/campo; VHS = 58 mm/hora; PCR = 5,6mg/dL. A hipótese diagnóstica mais provável é:**
- a) mononucleose
 - b) meningococemia
 - c) vasculite por IgA
 - d) dengue
- 36. Menino, 2 anos, é levado à emergência após ser encontrado, há cerca de uma hora e meia, com um frasco vazio de descongestionante nasal (princípio ativo era *nafazolina*). Segundo o pai, o frasco estava cheio, pois havia sido aberto no dia anterior. Exame físico: hipotérmico; bradicárdico; pálido; sonolento e com diaforese; hipotenso; com pausas respiratórias. A conduta mais adequada é:**
- a) induzir o vômito utilizando detergente líquido
 - b) induzir esvaziamento gástrico através de sonda gástrica e emprego de carvão ativado
 - c) aquecimento do paciente e monitorização hospitalar por seis horas
 - d) iniciar imediatamente n-acetilcisteína na dose de 140mg/kg

- 37. Menina, 6 meses, com Síndrome de Down. Durante consulta de seguimento, a mãe questiona sobre a possibilidade de ter outro filho com a mesma síndrome, com um parceiro diferente do pai desta menina. A orientação mais adequada, nesta situação, é:**
- a) encaminhá-la para realizar estudo genético com pesquisa da translocação do cromossomo 13
 - b) orientá-la quanto às medidas contraceptivas uma vez que não é possível prever se ela pode gerar outro filho síndrômico
 - c) instruí-la a realizar estudo genético com pesquisa da translocação do cromossomo 21
 - d) orientá-la que a trissomia do 21 foi de origem paterna, portanto, não há riscos em ter uma outra gestação de um bebê síndrômico com um novo parceiro
- 38. As seguintes taxas são indicadores de qualidade assistencial ao paciente pediátrico hospitalizado:**
- a) mortalidade infantil nacional; mortalidade da terapia intensiva pediátrica; aleitamento materno
 - b) mortalidade infantil nacional; mortalidade da terapia intensiva pediátrica; readmissão não planejada na unidade de terapia intensiva pediátrica
 - c) infecção primária de corrente sanguínea neonatal; mortalidade da terapia intensiva pediátrica; escolaridade materna
 - d) infecção primária de corrente sanguínea neonatal; mortalidade em terapia intensiva pediátrica; readmissão não planejada na unidade de terapia intensiva pediátrica
- 39. Menino, 21 meses, é levado à emergência por "estar gripado". Segundo a mãe, ele está com febre e sem se alimentar bem há cerca de 20 horas, além de apresentar dor abdominal e um episódio de vômito (líquido verde) pela manhã. Sinais vitais: peso = 15kg; temperatura axilar = 39,2°C; FC = 60bpm; FR = 35irpm; SpO₂ = 98% em ar ambiente; PA sistólica = 60mmHg e diastólica indetectável; enchimento capilar superior a 4 segundos. Letárgica e incapaz de acompanhar objetos com o olhar, choro sem lágrimas. A hipótese diagnóstica**
- mais provável e a conduta mais adequada para este menino, respectivamente, são:**
- a) estenose hipertrófica de piloro / puncionar acesso venoso e administrar antitérmico + realizar IOT
 - b) choque séptico / puncionar acesso venoso e iniciar etapa rápida de solução salina a 300mL em 5-10 minutos
 - c) choque séptico / puncionar acesso venoso e administrar antitérmico + iniciar massagem cardíaca
 - d) estenose hipertrófica de piloro / puncionar acesso venoso e iniciar etapa rápida de solução salina a 300mL em 20 minutos + realizar IOT
- 40. Menina, 7 anos, é encaminhada ao pediatra por baixo rendimento escolar. Nasceu de parto vaginal a termo, escala de Apgar de 9/10, peso = 3.700g. Ao iniciar o período de alfabetização, sua inteligência e rico vocabulário oral foram notórios, entretanto, fez pouco progresso na leitura. Recentemente, começou a reclamar que os trabalhos escolares a deixavam com dor de cabeça. Exame oftalmológico: normal. A mãe relata que ela apresenta irritabilidade e agressividade apenas à menção de ir à escola. Exame físico: cooperante, inteligente e curiosa sem alterações clínicas. A hipótese diagnóstica mais provável é:**
- a) discalculia
 - b) dislexia
 - c) retardo mental leve
 - d) disritmia
- 41. Pode-se afirmar que, em uma criança de nove meses, são considerados sinais clínicos de alerta para autismo:**
- a) fazer brincadeira de faz de conta; ser possessiva; sentir vergonha ao fazer algo errado
 - b) não balbuciar "mamã/papá"; não olhar quando chamado; não olhar para onde o adulto aponta; imitar pouco ou nada
 - c) possuir preferências por pessoas mais familiares; demonstrar estar feliz na maior parte do tempo; preferir pessoas aos objetos
 - d) transferir-se de deitado para sentado; se apoiar nos pés e nas mãos; conseguir rastejar

42. Menino, 6 anos, é levado ao ambulatório com queixa de crises de dor nos membros inferiores há dois meses. Segundo a mãe a dor é bilateral, acomete a parte anterior das coxas, canelas, panturrilhas e atrás dos joelhos. As dores surgem à noite ou de madrugada e só melhoram com massagem ou dipirona. Na manhã seguinte a criança está assintomática e sem limitação física. Exame físico: sem sinais de dor; deformidades; fraqueza muscular ou restrição de movimentos. A hipótese diagnóstica mais provável para este menino é:
- luxação congênita do quadril
 - artrite séptica do quadril
 - sinovite transitória do quadril
 - dor do crescimento
43. Pode-se afirmar que a nutrição enteral na infância está indicada na:
- sepsis de foco abdominal
 - situação de íleo paralítico
 - enterocolite necrotizante
 - síndrome do intestino curto
44. Menino, 5 meses, nascido de parto cesáreo a termo, escala de Apgar 8/9, sem nenhuma patologia de base, é levado à emergência por estar apresentando muitos sustos nos últimos cinco dias. Segundo o pai, os episódios se manifestam como flexões do pescoço e braços associados à extensão das pernas, com duração de cerca de 10 segundos e padrão repetitivo. Têm ocorrido 15 desses episódios, sempre quando a criança está sendo acalentada para dormir. Exame físico: normal. A conduta mais adequada é:
- realizar investigação neurológica precoce, pois caso não seja manejado pode evoluir para perda dos marcos de desenvolvimento
 - orientar os pais que estes sustos são normais para a faixa etária e discutir estes movimentos com o pediatra que o acompanha ambulatorialmente.
 - orientar os pais que estes sustos são consequência de refluxo gastroesofágico e iniciar medicação antirrefluxo
 - realizar a investigação cardiológica, pois o quadro é sugestivo de síncope cardíaca
45. Pode-se afirmar que no manejo da cetoacidose diabética é necessário ter atenção redobrada para a variação dos seguintes elementos:
- bicarbonato; potássio e sódio
 - bicarbonato; creatinina e sódio
 - amilase; potássio e ureia
 - amilase; ureia e creatinina
46. A mielomeningocele representa a forma mais grave de disrafismo, envolvendo a coluna vertebral e a medula espinhal. Apesar de grave, é evitável a partir da suplementação em mulheres na idade fértil com:
- vitaminas do complexo B
 - ferro
 - vitamina D
 - ácido fólico
47. Menino, 10 anos, é admitido em emergência após acidente automobilístico. Gasometria arterial inicial: pH = 7,25; PaCO₂ = 50mmHg; HCO₃ = 16mEq/L; BE = - 6 mEq/L. Considerando o equilíbrio ácido-base, a hipótese diagnóstica mais provável é:
- alcalose mista
 - acidose respiratória
 - acidose metabólica
 - acidose mista
48. Cerca de 75% das linfonodomegalias periféricas são localizadas e mais de 50% são observadas na região de cabeça e pescoço. Pode-se afirmar que os exames iniciais a serem solicitados, na suspeita diagnóstica de câncer, são:
- hemograma; dosagem de desidrogenase láctica; radiografia de tórax
 - hemograma; aspirado de medula óssea e tomografia computadorizada
 - hemocultura; dosagem de eletrólitos e cintilografia óssea
 - hemocultura; urinocultura e cintilografia óssea

49. RN, 14 dias de idade, 1.340g ao nascer, escala de *Apgar* de 6/7. Apresentou *Síndrome do Desconforto Respiratório* e persistência do canal arterial. Alimentada inicialmente com fórmula enteral e dieta parenteral. Na presente data: distensão abdominal e vômitos biliosos; episódios de apneia e bradicardia; letárgica; toxêmica e mal perfundida. Fezes escuras e oligúria. Exame físico: FC = 180bpm; FR = 60irpm; PA = 63 X 40mmHg; peso = 1.425g. Abdome: timpânico, distendido, doloroso e com peristalse débil. Pode-se afirmar que a doença em questão esta associada à:
- a) colelitíase
 - b) desnutrição
 - c) osteopenia
 - d) falência hepática
50. De acordo com o Ministério da Saúde do Brasil, o esquema vacinal em crianças de 4 meses vivendo com HIV é:
- a) hepatite A; tríplice bacteriana; *Haemophilus influenza*; poliomielite oral; pneumocócica 23 valente e rotavirus
 - b) hepatite C; tríplice viral; *Haemophilus influenza*; poliomielite inativada; pneumocócica conjugada e rotavirus
 - c) hepatite B; tríplice bacteriana; *Haemophilus influenza*; poliomielite oral; pneumocócica conjugada e varicela
 - d) hepatite B; *tríplice bacteriana*; *Haemophilus influenza*; poliomielite inativada; pneumocócica conjugada e rotavirus