

SECRETARIA DE SAÚDE DE PERNAMBUCO  
PROCESSO SELETIVO À RESIDÊNCIA MÉDICA

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO

Não deixe de preencher as informações a seguir.

Prédio															Sala				
Nome do Candidato																			
Nº de Identidade					Órgão Expedidor					UF		Nº de Inscrição							
GRUPO 6 - PEDIATRIA																			

**ATENÇÃO**

- Abra este Caderno, quando o Fiscal de Sala autorizar o início da Prova.
- Observe se o Caderno está completo. Ele deverá conter 50 (cinquenta) questões objetivas de múltipla escolha com 05 (cinco) alternativas cada.
- Se o Caderno estiver incompleto ou com algum defeito gráfico que lhe cause dúvidas, informe, imediatamente, ao Fiscal.
- Ao receber o caderno de prova, preencha, nos espaços apropriados, o seu Nome completo, o Número do seu Documento de Identidade, a Unidade da Federação, Número de Inscrição, o Número do Prédio e o Número da Sala.
- Para registrar as alternativas escolhidas nas questões da prova, você receberá um Cartão-Resposta com seu Número de Inscrição.
- As bolhas do Cartão-Resposta devem ser preenchidas totalmente, com caneta esferográfica azul ou preta, totalizando 50 (cinquenta) questões.
- Você dispõe de 4 horas para responder toda a Prova – já incluído o tempo destinado ao preenchimento do Cartão-Resposta. O tempo de Prova está dosado, de modo a permitir fazê-la com tranquilidade.
- Você só poderá retirar-se da sala **2 (duas) horas** após o início da Prova.
- Preenchido o Cartão-Resposta, entregue-o ao Fiscal, juntamente com este Caderno e deixe a sala em silêncio.

**BOA SORTE !**

**01. Lactente de 1 ano e 8 meses surge com febre, vômitos e diarreia há 1 dia, e a mãe procura serviço de saúde onde é constatado exantema papular, simétrico, em nádegas e extremidades. A criança apresenta bom estado geral, hidratada, sem outras alterações ao exame físico. O diagnóstico clínico que se impõe é**

- A) alergia à proteína de leite de vaca.
- B) dermatite de contato.
- C) síndrome de Gianotti-Crosti.
- D) exantema súbito.
- E) citomegalovirose aguda adquirida.

**02. Criança de 12 anos de idade inicia quadro de mal-estar, anorexia e fadiga durante dois dias. A mãe o leva ao Posto de Saúde onde são receitados polivitamínicos e albendazol em dose única. No dia seguinte, apresenta febre e vômitos pós-alimentares, sendo medicado com paracetamol (500 mg de 6/6 horas) e metoclopramida (20 gotas de 6/6 horas). No quinto dia de doença, aparece icterícia, acolia fecal, colúria e hepatomegalia dolorosa. O paciente chega ao hospital letárgico, e os exames colhidos na urgência são: Hemograma – HB: 12 g/dl, HCT: 42 %, Plaquetas: 185.000/ mm<sup>3</sup>, Leucócitos: 13.500 /mm<sup>3</sup>, Segmentados: 48%, Eosinófilos: 8%, Basófilos: 1%, Linfócitos típicos: 35%, atípicos: 5%, Monócitos: 3%. Coagulograma - TP: 36s, AE: 43%, INR: 1,412, TTPA: 29s, fibrinogênio: 230 mg%. Bioquímica - ALT: 1450, AST: 1.130, Fosfatase alcalina: 280, Bilirrubina total: 10, Bilirrubina direta: 8,8. Albumina sérica: 3,8. Gama GT: 360. Considerando a principal hipótese diagnóstica, qual a conduta correta?**

- A) Internar, fazer hidratação venosa, lactulona V.O., Vitamina K por via IM e providenciar sorologias para hepatite por vírus A, B, C, D e E.
- B) Internar, fazer hidratação oral e providenciar ultrassonografia de abdome total e sorologia para hepatite por vírus A.
- C) Tratar e acompanhar em ambulatório, hidratação oral, Lactulona V.O., Vitamina K por via IM e providenciar sorologia para hepatite por vírus A.
- D) Internar, fazer hidratação venosa e providenciar ultrassonografia de abdome total.
- E) Tratar e acompanhar em ambulatório, hidratação oral, Vitamina K por via IM e providenciar sorologia para hepatite por vírus A.

**03. Numa enfermaria com 4 leitos ocupados, uma das crianças (1 ano de idade) internadas para pré-operatório de cirurgia corretiva de hipospádia aparece com lesões de pele sugestivas de varicela. As outras três crianças são: 1) menino de 9 meses de idade, em pós-operatório imediato de hérnia inguinal, saudável, sem antecedente de varicela; 2) menino de 2 anos, internado para investigação de massa abdominal, previamente saudável que teve varicela há seis meses e 3) menina de 9 meses, portadora de imunodeficiência primária combinada, internada para receber tratamento com imunoglobulina humana intravenosa. Assinale a alternativa que contém as medidas adequadas a serem tomadas para cada um dos pacientes. Considere: I.R.C.: Isolamento respiratório e de contato; V.A.V-Z: Vacina antivaricela-zoster; V-Z.I.G.: Imunoglobulina hiperimune contra varicela-zoster; A.H.: Alta hospitalar e N.A.F.: Nada a fazer.**

	Paciente índice	Paciente 1	Paciente 2	Paciente 3
A)	I.R.C. ou A.H.	A.H. + V-Z.I.G. + V.A.V-Z	N.A.F.	A.H. + V-Z.I.G. + V.A.V-Z
B)	V.A.V-Z	V-Z.I.G.	A.H.	V-Z.I.G. + V.A.V-Z
C)	V-Z.I.G.	V.A.V-Z	N.A.F.	A.H.
D)	A.H. ou I.R.C.	A.H.	N.A.F.	V-Z.I.G.
E)	N.A.F.	V-Z.I.G. + V.A.V-Z	A.H.	V.A.V-Z

**04. Lactente de 10 meses apresenta coriza e tosse discreta por dois dias, seguidas de febre alta e erupção macular confluyente que se dissemina pelo corpo de forma descendente em 24 horas. A tosse se intensifica com o exantema e se associa com conjuntivite. Considerando a hipótese mais provável para o caso, assinale a alternativa correta.**

- A) A doença é causada por um RNA vírus da família dos togavírus.
- B) O período de incubação é de 21 dias, desde a exposição até a erupção.
- C) O período de contágio vai desde 5 dias antes do exantema até 4 dias após seu aparecimento.
- D) A intensidade da fase exantematosa é inversamente proporcional à gravidade da doença.
- E) O desaparecimento do exantema é ascendente.

**05. Criança de 6 meses de idade apresenta tosse, diminuição do apetite e irritabilidade por uma semana. Após mais uma semana, período em que recupera peso, volta a ter tosse, agora acompanhada de febre baixa e taquipneia. Atendida em serviço de urgência, faz radiografia do tórax que revela aumento de linfonodos hilares e discreto infiltrado peri-hilar unilateral, além de pequena lâmina de derrame pleural ipsilateral.**

Assinale a alternativa incorreta quanto à confirmação diagnóstica.

- A) Detecção de bacilos álcool-ácido resistentes na punção pleural.
- B) Teste de PPD com área de endureção  $\geq 10$  mm.
- C) Teste de PPD com área de endureção  $\geq 5$  mm, se tiver havido contato estreito com casos contagiosos.
- D) Biópsia pleural com presença de granuloma linfocitário.
- E) Cultura positiva de líquido gástrico em jejum.

**06. No que diz respeito à hanseníase em crianças, é correto afirmar que**

- A) a doença ocorre mais frequentemente em crianças acima de 10 anos de idade.
- B) a forma indeterminada e mista são as mais frequentemente diagnosticadas.
- C) a prevalência de hanseníase em crianças é um indicador pobre para análise epidemiológica da doença.
- D) o diagnóstico só pode ser confirmado por meio da biópsia da lesão.
- E) a dapsona não deve ser usada em crianças vítimas de hanseníase.

**07. A mãe de uma criança de 6 anos relata queixa de que sua filha apresenta alteração de comportamento, disartria, cefaleia moderada e dificuldade para deambular, rapidamente progredindo para aparecimento de movimentos córeo-atetóticos que desapareciam com o sono. No segundo dia de doença, deu entrada no hospital e foi internada para tratamento. Após três dias de uso adequado das medicações prescritas, houve regressão total dos sintomas, e a criança recebeu alta hospitalar no sétimo dia, para acompanhamento ambulatorial. Pelo quadro descrito, pode-se presumir que as medicações usadas foram:**

- A) fenobarbital, dexametasona e ceftriaxona.
- B) difenilidantoína, prednisona e penicilina.
- C) ácido acetil-salicílico, hidrocortisona e penicilina.
- D) haloperidol, prednisona e penicilina.
- E) ácido valproico, prednisona e ceftriaxona.

**08. Na avaliação do desenvolvimento de uma criança, a ausência de alguns marcos são sinais de alarme e alerta para o pediatra. Qual correlação não indica atraso no desenvolvimento?**

- A) Não olha para a pessoa que a observa no quarto mês de vida.
- B) Não bate palmas aos 6 meses.
- C) Não se senta sem apoio com um ano.
- D) Não agarra um brinquedo quando colocado na sua mão aos 9 meses.
- E) Não usa frases aos 5 anos.

**09. Sobre o uso de vacinas especiais, é correto afirmar.**

- A) A vacina contra HPV é licenciada para uso em meninas e em mulheres de 9 a 26 anos. O uso da vacina não substitui o exame preventivo para câncer de colo, já que a vacina é apenas quadri ou bivalente, existindo cerca de 100 tipos de HPV.
- B) A vacina conjugada contra o meningococo C deve ser administrada após o segundo ano de vida em pacientes com deficiência do complemento.
- C) A vacina contra varicela é feita com vírus mortos, portanto as grávidas susceptíveis deverão fazer uso até 72 horas do contato com o caso índice.
- D) A vacina contra o vírus influenza (Gripe) não deve ser administrada em pacientes infectados pelo HIV devido ao risco de complicações.
- E) A vacina inativada para pólio apresenta pior resposta sorológica do que a vacina de vírus vivos e, apesar de levar à imunidade de rebanho, o que seria uma grande vantagem desta vacina, não faz parte do calendário vacinal do MS/ Brasil por uma questão de custo/benefício.

**10. Pedro, 16 meses de idade, é atendido no ambulatório para verificar o seu cartão vacinal. Está com tosse e coriza há 3 dias. Sem febre. Tinha feito uso de BCG e Hepatite B ao nascimento, uma dose de Hepatite B com um mês e no segundo mês de vida, fez a vacina tetravalente (DPT + Hib), vacina oral para pólio e a primeira dose da vacina contra rotavírus. Como apresentou convulsão após 24 horas da aplicação destas vacinas do segundo mês, não mais retornou para continuar o calendário vacinal.**

**Sobre isso, assinale a alternativa correta.**

- A) Como o paciente está com tosse e coriza e já apresentou um efeito adverso grave em dose anterior, é recomendado que retorne ao posto, quando a tosse e a coriza desaparecerem.
- B) O paciente deve receber a seguinte recomendação: procurar o CRIE mais próximo para dar continuidade ao esquema da DPT utilizando, de preferência, a vacina acelular; fazer, apenas, mais uma dose de Hib; não fazer a segunda dose de rotavírus e fazer a segunda dose de pólio oral, a terceira dose da Hepatite B e a primeira dose da vacina tríplice viral.
- C) O paciente deve receber a seguinte recomendação: procurar o CRIE mais próximo para dar continuidade ao esquema da DPT, utilizando, de preferência, a vacina acelular; fazer mais uma dose de Hib e marcar retorno com 60 dias para fazer a terceira dose; não fazer a segunda dose de rotavírus e deixar as doses de pólio só para os dias de campanha. Fazer ainda a terceira dose da Hepatite B e a primeira dose da vacina tríplice viral.
- D) O paciente deve receber a seguinte recomendação: procurar o CRIE mais próximo para dar continuidade ao esquema da DPT, utilizando a vacina acelular; fazer apenas mais uma dose de Hib; fazer a segunda dose de rotavírus e a segunda dose de pólio oral. Fazer ainda a terceira dose da Hepatite B, entretanto só fazer a primeira dose da vacina tríplice viral após solicitar sorologia para rubéola.
- E) O paciente deve receber a seguinte recomendação: Como a convulsão pelo tempo ocorrido, não é relacionada a evento adverso da DPT, deverá continuar o esquema com a DPT clássica, fazendo, portanto, mais uma dose da vacina Tetra. Não fazer a segunda dose de rotavírus e fazer a segunda dose de pólio oral. Não fazer a terceira dose da Hepatite B, já que está com mais de um ano de idade e administrar a primeira dose da vacina tríplice viral com um intervalo de 30 dias da DPT.

**11. O leite materno, além da sua excelência nutricional, apresenta efeito biológico na saúde futura do indivíduo, atuando como agente programador a longo prazo. Sobre estes aspectos, é incorreto afirmar.**

- A) As proteínas do leite humano, além da proteção imunológica, também têm função imunomoduladora.
- B) Os lipídios do leite humano, além de serem uma fonte de ácidos graxos, exercem papel na inibição da aderência parasitária.
- C) Há no aleitamento materno um possível papel protetor para diabetes tipo 2 a longo prazo.
- D) Comparado com as fórmulas infantis, o leite humano possui menor quantidade de colesterol, o que explica a associação bem comprovada com a redução do infarto na vida adulta.
- E) Tem sido observada uma relação entre aleitamento materno e a prevenção de sobrepeso e obesidade. Uma possível explicação seria, além da maior ingestão calórica das crianças com o uso de fórmulas, uma maior resposta insulínica, resultando em deposição de gorduras, o que repercutiria na vida adulta.

**12. Maria, 3 meses vem ao ambulatório com história de regurgitação caracterizada por cerca de 4 episódios ao dia, desde os 2 meses. Não há associação com tosse ou apneia. O peso e o desenvolvimento estão adequados. Qual das condutas abaixo não é apropriada para o caso?**

- A) Corrigir erros dietéticos, evitando-se a oferta de volumes excessivos.
- B) Não interferir no aleitamento materno, não realizando nenhuma tentativa de regular horário ou volume.
- C) Tranquilizar a família, prestando esclarecimentos sobre o caso.
- D) Indicar o uso de bebê conforto e cadeirinhas para posicionamento do bebê durante o sono.
- E) Prescrever ranitidina apenas para pacientes que apresentam desconforto devido à pirose e pelo menor período possível.

**13. Vários índices são utilizados para o acompanhamento do crescimento. Sobre isso, assinale a alternativa correta.**

- A) Índice Peso/Idade - sofre variações de forma rápida e, por isso, não é recomendado pelo Ministério da Saúde para acompanhamento do crescimento na atenção básica.
- B) Índice Estatura/Idade - é uma medida do crescimento que se altera mais lentamente, sendo necessário um agravo intenso ou duradouro, para que haja comprometimento.
- C) Índice Peso/Estatura - não pode ser utilizado para diagnóstico de obesidade, mesmo quando associado a outros índices.
- D) Índice Perímetro Cefálico/Idade - não é importante a sua aferição nos primeiros 2 anos de vida, já que, neste período, os fatores intrauterinos são os determinantes do perímetro cefálico.
- E) Índice de Massa Corporal/Idade - é fundamental para o cálculo da velocidade do crescimento.

**14. São características clínicas e laboratoriais da Síndrome Nefrótica, EXCETO.**

- A) Osteopenia.
- B) Aumento de alfa globulina-2.
- C) Pressão arterial normal ou alta.
- D) Hipercolesterolemia.
- E) Aumento do débito urinário.

**15. Qual dos fatores abaixo não é predisponente para ITU?**

- A) Constipação intestinal.
- B) Ausência de aleitamento materno.
- C) Peristalse da uretra.
- D) Grupo sanguíneo P1/Lewis não secretor.
- E) Deficiência de IGA secretora.

**16. Sobre a investigação por imagem em pacientes com ITU, é incorreto afirmar.**

- A) A investigação está recomendada em todo paciente, exceto em meninas, após o primeiro episódio bem documentado e em qualquer idade.
- B) A uretrocistografia miccional (UCM) é realizada após a US em pacientes até os 5 anos de idade. Acima desta idade, só é realizada na suspeita de malformação do trato urinário inferior ou distúrbio miccional.
- C) A sensibilidade da urografia excretora (UGE) para avaliação de cicatrizes renais é baixa, quando comparada com a DMSA.
- D) Para solicitar a DMSA e obter um adequado diagnóstico de lesões renais, deve-se aguardar um tempo do episódio agudo de ITU, uma vez que 50% das lesões agudas não progridem para cicatrizes definitivas.
- E) A USG possibilita o estudo miccional de maneira fisiológica, sendo útil para o estudo da instabilidade vesical de causas diversas.

**17. Em relação à hipertensão arterial na infância, a sua incidência tem aumentado nos últimos anos. Sobre ela, é incorreto afirmar.**

- A) Utilizando-se tabelas, usando as variáveis, como a idade, o sexo e o percentil do peso, o diagnóstico de hipertensão é obtido quando os níveis pressóricos estão maiores ou iguais ao percentil 90 em 3 ocasiões diferentes.
- B) O cuff ou manguito deve cobrir 80% a 100% da circunferência do braço.
- C) Idealmente deve ser aferida a PA no braço direito da criança em repouso por, pelo menos, 3 a 5 minutos e com o braço na altura do coração.
- D) O propranolol é contraindicado em pacientes com história de asma.
- E) Na suspeita de HAS secundária, deverá ser solicitada a dosagem de renina e aldosterona sérica.

**18. Sobre GNDA, é incorreto afirmar que**

- A) apesar de o streptococcus  $\beta$ -hemolítico do grupo A ser o principal agente etiológico envolvido, o Pneumococos e o vírus da varicela também são agentes possíveis.
- B) a dosagem de C3 é fundamental para confirmação diagnóstica e estará baixa na maioria dos pacientes.
- C) a presença de Hematúria macroscópica por mais de 4 semanas não é indicação de biópsia renal já que podemos ter esse comportamento até por 2 meses de evolução.
- D) pacientes com encefalopatia hipertensiva deverão ser tratados além do diurético com um vasodilatador, como a hidralazina.
- E) diferente da síndrome nefrótica, o edema que está presente na maioria dos pacientes é discreto.

**19. Recém-nascido pré-termo, sexo masculino, nascido de cesárea eletiva. Idade Gestacional: 36 semanas e 5 dias, pesando 2790g, apresentando apgar de 8 e 9 no primeiro e quinto minuto, respectivamente. Logo após o nascimento, evoluiu com tiragem intercostal, gemência e dispnéia, necessitando de oxigenioterapia. Realizado Raio X de tórax com presença de líquido nas fissuras interlobares, discreto aumento da área cardíaca e hiperaeração da trama broncovascular. Em relação ao Desconforto Respiratório deste RNPT tardio, é correto afirmar.**

- A) Trata-se de Recém-nascido prematuro (RNPT) com síndrome do desconforto respiratório, e que está indicada a reposição do surfactante por via endovenosa devido à deficiência de surfactante endógeno.
- B) O diagnóstico é Taquipneia transitória do RN. Em geral, é uma doença benigna, com resolução rápida. Admite-se que o retardo na absorção do líquido pulmonar resulta em maior quantidade de líquido no pulmão e na redução da complacência pulmonar.
- C) A Hipertensão Pulmonar Persistente é a hipótese mais provável, pois quando o RNPT não apresenta hipóxia ao nascimento e está corado com Oxigênio mantém o shunt esquerdo para o direito pelo forame oval e/ou canal arterial.



**25. Assinale a alternativa incorreta.**

- A) O estridor na laringomalácia leve é inspiratório, audível com estetoscópio, modifica-se com as mudanças de decúbito e desaparece espontaneamente.
- B) O estridor do hemangioma subglótico é inspiratório, audível com estetoscópio e não se modifica com as mudanças de decúbito.
- C) O estridor da papilomatose de laringe pode ser percebido logo após o nascimento, não se modifica com as mudanças de decúbito e não é progressivo.
- D) A rouquidão ao choro é percebida na maioria dos casos de paralisia de corda vocal.
- E) Conforme a localização do corpo estranho no trato aéreo, o estridor poderá ser inspiratório, expiratório ou ins e expiratório.

**26. No tratamento, em sala de emergência, da crise aguda de asma, o brometo de ipratrópio (250 a 500mcg) deve ser usado nas seguintes circunstâncias:**

- A) em todos os pacientes, independente da gravidade da crise de asma.
- B) em associação com o beta 2 agonista na crise leve de asma.
- C) isoladamente para os pacientes que apresentam intolerância aos beta 2 agonistas.
- D) em associação com o beta 2 agonista, 3 doses consecutivas, na crise grave de asma.
- E) apenas na primeira nebulização, em associação com o beta 2 agonista, independente da gravidade da crise de asma.

**27. Quanto à indicação do dispositivo inalatório para o tratamento preventivo da asma,**

- A) a primeira escolha para crianças entre 1 e 3 anos é o nebulizador.
- B) a primeira escolha para crianças entre 3 e 5 anos é o inalador dosimetrado acoplado a espaçador bivalvulado com máscara facial.
- C) a primeira escolha para crianças entre 3 e 5 anos é o nebulizador.
- D) a primeira escolha para crianças entre 1 e 3 anos é o inalador dosimetrado com espaçador bivalvulado e máscara facial.
- E) o inalador de pó pode ser usado tanto em crianças entre 1 e 3 anos quanto em crianças de 3 a 5 anos.

**28. Os critérios diagnósticos para fibrose cística (FC) incluem:**

- I. Uma ou mais características fenotípicas consistentes com FC (doença pulmonar crônica, anormalidades gastrointestinais e nutricionais, síndromes perdedoras de sal, azoospermia) **E** história de FC em irmão **OU** teste de screening neonatal positivo **E** aumento do cloro em duas amostras de suor **OU** identificação de duas mutações da FC **OU** demonstração de anormalidade no transporte de íon no epitélio nasal.
- II. Uma ou mais características fenotípicas consistentes com FC (doença pulmonar crônica, anormalidades gastrointestinais e nutricionais, síndromes perdedoras de sal, azoospermia) **OU** história de FC em irmão **OU** teste de screening neonatal positivo **E** aumento do cloro em duas amostras de suor **OU** identificação de duas mutações da FC **OU** demonstração de anormalidade no transporte de íon no epitélio nasal.
- III. Uma ou mais características fenotípicas consistentes com FC (doença pulmonar crônica, anormalidades gastrointestinais e nutricionais, síndromes perdedoras de sal, azoospermia) **OU** história de FC em irmão **OU** teste de screening neonatal positivo **E** aumento do cloro em duas amostras de suor **E** identificação de duas mutações da FC **OU** demonstração de anormalidade no transporte de íon no epitélio nasal.
- IV. Duas dosagens do cloreto no suor são necessárias para serem incluídas nos critérios diagnósticos de FC.

Assinale a alternativa correta.

- A) As afirmações I e IV são corretas.
- B) As afirmações II e III são corretas.
- C) A afirmação III é correta.
- D) Nenhuma das afirmações é correta.
- E) As afirmações II e IV são corretas.

**29. Menina de seis anos com diagnóstico de cardite reumática em tratamento há 6 meses dá entrada na urgência com síndrome de baixo débito, frequência cardíaca de 132 bpm, com ECG mostrando flutter atrial. O tratamento indicado é**

- A) digitalização endovenosa e corticoide.
- B) procainamida na dose de 10 a 15 mg/kg em 30 minutos, corticoide e digitalização lenta.
- C) cardioversão sincronizada, carga única de 0,5 a 1 J/Kg.
- D) verapamil na dose de 100 a 150 mcg/kg.
- E) adenosina na dose de 0,05 a 0,2 mg/kg.

**30. Criança de 2 anos internada em UTI por meningite bacteriana evolui em estado de coma e apresenta abertura ocular ao estímulo doloroso, chorando em resposta à dor e retirando o membro à pressão do leito ungueal. Na Escala de Coma de Glasgow adaptada, sua pontuação é**

- A) 11.
- B) 10.
- C) 9.
- D) 8.
- E) 7.

**31. Paciente de seis meses de idade, em UTI pediátrica, para tratamento de sepse grave de foco pulmonar, apresenta, nos exames de rotina, sódio sérico de 155 mEq/l. Não houve oferta excessiva de sódio, e a criança não tem perdas aparentes por diarreia ou diurese aumentada. A densidade urinária é 1025. Ao exame, está edemaciada, taquicárdica, hipotensa, porém sem sinais de desidratação. Diante desse quadro clínico-laboratorial específico, é correto afirmar que a paciente tem hipernatremia com volume extracelular**

- A) aumentado e sódio corporal alto.
- B) reduzido e sódio corporal total normal.
- C) reduzido e sódio corporal total baixo.
- D) normal e sódio corporal total normal.
- E) aumentado e sódio corporal total baixo.

**32. Paciente de 1 ano de idade internado há 12 horas em UTI pediátrica apresentando sepse por foco intestinal, ao exame físico encontra-se com boa perfusão periférica, frequência cardíaca de 160 bpm, temperatura corporal de 37° C, pele seca, bastante hipoativo, diurese normal. Está em uso de hidratação venosa em fase de manutenção e reposição de perdas, correção de hipocalemia, antibioticoterapia ampla e suporte ventilatório com máscara de Venturi a 28%. Na gasimetria arterial, PH=7,32, PaO<sub>2</sub>= 102, PaCO<sub>2</sub>= 38, BE= -1,2, HCO<sub>3</sub>= 19,8. Para estabilização cardiovascular, o tratamento indicado é**

- A) Coloides (plasma ou albumina a 5%), 10 a 25 ml/kg/hora.
- B) Dopamina, 5mcg/kg/min.
- C) Noradrenalina, 0,05 a 4 mcg/kg/min.
- D) Dobutamina, 5 a 20 mcg/kg/min.
- E) Milrinona, 0,2 a 0,7 mcg/kg/min.

**33. Criança, vítima de choque elétrico seguido de parada cardiorrespiratória, foi reanimada por cerca de 40 minutos no pronto-socorro. Transferida para a UTI, apresentava, à radiografia de tórax de entrada, opacificações homogêneas e simétricas em forma de flocos de algodão, em ambos os campos pulmonares e discreto aumento da área cardíaca. Só começou a saturar acima de 90% após sedação profunda e instalação de ventilação assistida/controlada com os seguintes parâmetros: controlada a pressão, fração inspirada de O<sub>2</sub> de 0,6, tempo inspiratório de 0,8 s, pressão inspiratória limitada a 40, pressão expiratória final de 12 e frequência de ciclagem de 30 ciclos por minuto. A gasimetria arterial após 30 minutos apresentava-se com pH=7,15, PaO<sub>2</sub>=67, PaCO<sub>2</sub>=43, BE=-8, HCO<sub>3</sub>=14,5, SatO<sub>2</sub>=90%. Das estratégias abaixo, marque a que não está indicada na situação proposta.**

- A) Aumento do tempo inspiratório.
- B) Colocação da criança em posição prona.
- C) Aumento da pressão expiratória até 20 cm H<sub>2</sub>O.
- D) Aumento da fração inspirada de O<sub>2</sub> até 0,8.
- E) Recrutamento alveolar.

**34. Paciente internado na UTI por desidratação grave, acidose metabólica e hiponatremia severa evolui com convulsões e parada cardíaca. Após reanimação cardiorrespiratória e volumétrica eficazes, evolui com anúria. A gasimetria arterial feita 6 horas após a ressuscitação e com assistência ventilatória mecânica em SIMV,  $FiO_2=0,30$ , sensibilidade=0,5, frequência de ciclagem de 10, pressão de suporte de 12 e pressão expiratória final de 5 revela  $pH=7,13$ ,  $PaO_2=128$ ,  $PaCO_2=30$ ,  $BE=-8$ ,  $HCO_3=12$ . O monitor cardíaco com traçado revela alteração que sugere hipercalemia. O potássio sérico é de 6 mEq/l. Qual a alteração esperada no traçado do ECG?**

- A) Alargamento do intervalo "PR".
- B) Bloqueio intraventricular.
- C) Fibrilação ventricular.
- D) Depressão do segmento "ST".
- E) Onda "T" alta.

**35. Recém-nascido de uma jovem de 21 anos, diabética insulino-dependente desde os 12 anos de idade, apresenta ao nascer hipoxia moderada e evolui com hipoglicemia e policitemia. Atualmente com 12 horas de vida, alimentando-se por via oral com leite materno ordenhado e em venóclise de manutenção com VIG de 6, apresenta controles de HGT normais. Mantém taquipneia discreta, e seu hematócrito venoso é 56%. A conduta para as próximas 12 horas é**

- A) suspender venóclise e manter controles de HGT cada 6 horas.
- B) manter venóclise como a atual e providenciar exsanguineotransfusão parcial.
- C) reduzir lentamente a VIG até suspender venóclise com 48 horas de vida, se HGT normais.
- D) administrar glucagon na dose de 0,01 mcg/kg/dose cada 6 horas.
- E) administrar insulina, 0,01 U/kg, se HGT acima de 80 mg/dl.

**36. A vitamina K, administrada rotineiramente aos recém-nascidos para prevenção de doença hemorrágica no período neonatal, atua**

- A) formando complexos com as proteínas precursoras dos fatores I, III, IV e VIII da coagulação.
- B) como co-fator na carboxilação do glutamato nas proteínas precursoras dos fatores II, VII, IX e X da coagulação.
- C) como co-fator na carboxilação do glutamato nas proteínas precursoras dos fatores I, III, IV e VIII da coagulação.
- D) formando complexos com as proteínas precursoras dos fatores II, VII, IX e X da coagulação.
- E) formando complexos com as proteínas precursoras dos fatores I, III, IV e VIII e como co-fator da carboxilação do glutamato nas proteínas precursoras dos fatores II, VII, IX e X da coagulação.

**37. Na sala de parto, o neonatologista assiste a um recém-nascido a termo, de parto cesárea, com líquido amniótico claro, porém com hipotonia generalizada, cianose e sem choro. Após posicioná-lo em berço aquecido e limpar as vias aéreas, aspirando boca e narinas, o recém-nascido chora forte e começa a ficar rosado. Enquanto seca e estimula o RN, percebe que a hipotonia persiste e que a respiração fica superficial, e a cianose volta a ficar generalizada. O anestesista informa que foi preciso usar opioide na raquianestesia. Além de ventilação com ambu em pressão positiva e massagem cardíaca (se necessário), o neonatologista deverá usar naloxona da seguinte forma:**

- A) 0,1 mg/Kg, em solução a 4%, endotraqueal.
- B) 1 mg/Kg, em solução a 4%, EV rápida.
- C) 0,01 mg/Kg, em solução a 0,04%, SC ou IM.
- D) 1 mg/Kg, em solução a 0,04%, EV rápido.
- E) 0,1 mg/Kg, em solução de 0,4 mg/ml, SC ou IM.

**38. Segundo a classificação de Bowman para Doença Hemolítica do Recém-nascido, um recém-nascido com hemoglobina de 13 g/dl e bilirrubina de 2 mg/dl no cordão umbilical tem o seguinte grau da doença:**

- A) leve.
- B) moderado.
- C) grave.
- D) muito grave.
- E) hidrópico.

**39. Lactente de 2 meses vai à consulta de rotina sem queixas atuais. Nasceu de parto normal, a termo, Apgar 9/10, peso de 3.360g, mamando exclusivamente, ao seio materno. Tomou vacinas BCG e anti-hepatite B no primeiro mês. O teste do pezinho básico foi normal. Ao exame físico, apresenta como único achado anormal um sopro pansistólico mais audível no bordo esternal esquerdo baixo. O ECG e o raio-x de tórax são normais. O tratamento indicado é**

- A) expectante, com reavaliação mensal, possivelmente com fechamento espontâneo até 1 ano de idade.
- B) digoxina e diurético até fechamento cirúrgico.
- C) fechamento cirúrgico imediato.
- D) diurético e restrição hídrica.
- E) antibiótico profilático, de uso diário até fechamento espontâneo ou cirúrgico.

**40. Lactente no segundo de mês de vida apresenta cianose ao mamar e chorar. Nasceu com 3.180g, sexo masculino, Apgar 8/8, evoluiu bem nos primeiros dias de vida, sem desconforto respiratório. O exame físico atual revela sopro sistólico rude no segundo espaço intercostal esquerdo, com irradiação para as costas. O ECG mostra desvio do eixo para a direita, e o Raio-X de tórax revela coração em formato de botina. A ecocardiografia mostra estenose pulmonar subvalvar moderada com diminuição do fluxo sanguíneo pulmonar, CIV grande, cavalgamento da aorta e hipertrofia ventricular direita com shunt direito-esquerdo importante. Enquanto se providencia o tratamento cirúrgico adequado, todas as medidas abaixo podem ser necessárias, exceto**

- A) administração de oxigênio.
- B) uso de sulfato de morfina.
- C) uso de fenilefrina.
- D) uso de propanolol.
- E) uso de óxido nítrico inalatório.

**41. Criança de 2 anos apresenta progressiva perda de peso, anorexia, irritabilidade e ao longo de uma semana, começa a ser percebido pela mãe que o coração está acelerado e o tórax, pulsátil. Apresenta-se discretamente febril. A mãe declara que o menino sempre foi muito saudável. Refere três dias de febre e diarreia duas semanas antes do início dos sintomas. Vacinação atualizada. Ao exame, peso e altura compatíveis com idade, sem edemas, afebril, com frequência cardíaca de 140 bpm, presença de fígado palpável 3 cm abaixo do RCD e AX. Ausculta cardíaca e respiratória normais. Ao Raio-X de tórax, a área cardíaca apresenta-se globalmente aumentada de tamanho. No ECG, baixa voltagem e distúrbio de repolarização com segmento ST achatado e onda T ampla. Na Ecocardiografia, a fração de ejeção está diminuída, com dilatação do átrio e do ventrículo esquerdos. O diagnóstico provável é cardiomiopatia**

- A) dilatada.
- B) hipertrófica.
- C) restritiva.
- D) indeterminada.
- E) mista.

**42. Na Febre Reumática, a definição de presença ou não de cardite é determinante da evolução e prognóstico da doença a longo prazo. Na presença de cardite, dos listados abaixo, qual o principal fator de risco para sequelas?**

- A) Intervalo PR alargado ao ECG.
- B) Ecocardiografia com regurgitação mitral.
- C) Recorrência de crises inflamatórias.
- D) Aumento da área cardíaca ao Raio – X.
- E) Taquicardia desproporcional à febre.

**43. Assinale abaixo a alternativa que não contém uma indicação para profilaxia de endocardite infecciosa.**

- A) Comunicação Interventricular ampla.
- B) Persistência de Canal Arterial.
- C) Cardiopatias congênitas cianóticas.
- D) Cardite reumática sem valvopatia.
- E) Coarctação da aorta.

**44. Criança de 12 anos, obesa, em uso de captopril e hidroclorotiazida, para controle de hipertensão arterial há 6 meses, refere queixa de cefaleia intensa e náuseas e apresenta P.A. de 130x90 mmHg, medida repetida nos dois membros superiores e com manguito adequado. Sem queixas respiratórias e FC = 108 bpm. A conduta na urgência deve ser:**

- A) reduzir a P.A. com nitroprussiato de sódio, ajustar doses das medicações em uso e dar alta.
- B) reforçar necessidade de emagrecimento, dieta sem sal e exercícios, usar analgésico e dar alta.
- C) reduzir a P.A. para valores basais, com uso de bloqueador de canais de cálcio, manter em observação por 4 a 6 horas e dar alta com ajuste das medicações em uso.
- D) reduzir a P.A. lentamente em 24 a 36 horas com enalapril, ajustar doses das medicações em uso e dar alta.
- E) internar em UTI, para monitorização contínua, usar diurético de alça e nitroprussiato de sódio e após 24 horas (no mínimo) de normalização da P.A., dar alta com ajuste das medicações em uso.

**45. Criança de 2 anos portadora de hemoglobinopatia SS apresenta febre há um dia, dois picos, com calafrio e dor intensa em membro inferior direito. O exame físico apresenta FC: 110 bpm, bulhas rítmicas normofonéticas, sopro sistólico em foco mitral, aparelho respiratório normal e baço palpável a 3 cm do RCE, de consistência endurecida. É internada, e seus exames iniciais revelam Hb: 6,5 g/dl HCT: 19,2% Leucócitos: 5.800 (B:2; Seg:39) Eo:0; LT: 40; LA: 2; BA: 6; Mo: 11. Reticulócitos 4,5. BT 2,8; BD:0,6; Raio X de tórax normal. USG de abdome total com esplenomegalia moderada. Considerando o quadro descrito, as principais medidas a serem tomadas são:**

- A) hemotransfusão com concentrado de hemácias, hidratação, antibioticoterapia e ácido acetil-salicílico.
- B) hidratação, antibioticoterapia e tramadol.
- C) hidratação, culturas de sangue no pico febril, Raio-X de ossos da perna e tramadol.
- D) hemotransfusão com concentrado de hemácias, hidratação, antibioticoterapia e tramadol.
- E) hidratação, antibioticoterapia e dipirona.

**46. Criança de 3 anos de idade apresenta sintomas gripais e febre. É diagnosticada como otite média aguda e submetida a tratamento com ampicilina. No 3º dia de tratamento, aparece erupção cutânea, maculo-paular difusa. Após suspensão do antibiótico e melhora da erupção, surgem petéquias e gengivorragia. O hemograma mostra HB: 12,5, HCT: 37%, leucócitos 7.800 (Seg:60%)Eo3%LT32%Mo5%, plaquetas 80.000. Está indicado**

- A) controle clínico-laboratorial periódico.
- B) prednisona.
- C) imunoglobulina IV.
- D) transfusão de concentrado de plaquetas.
- E) esplenectomia.

**47. Criança de quatro anos apresenta febre, linfonodomegalia cervical e hepatoesplenomegalia há 4 dias. Os exames iniciais revelam hemograma com HB: 12,0 g/dl; HCT: 38%; leucócitos: 8.500(B: 1; Seg: 12) Eo: 2; Ba: 1; LT: 60; LA: 14; Mo: 10; plaquetas: 170.000. DHL: 650; ALT: 240; AST: 290; Na: 138; K: 4,8; Ca:8,8; Fósforo: 7,5; MG: 2,4; Ureia: 49; Creatinina: 0,4; fosfatase alcalina: 580; ácido úrico: 5,5. O Raio-X de tórax está normal. A USG de abdome mostra fígado e baço aumentados de tamanho com ecogenicidade preservada. A conduta inicial é expectante, e, 3 dias após, a criança persiste com mesmo quadro inicial, sendo mais astênica e hipocorada. Os novos exames mostram HB: 8,3g/dl; HCT: 24%, leucócitos 2.300(Seg:20); LT:60; LA:14; Mo:6; plaquetas: 65.000; DHL 1.350; ALT: 238; AST: 278; Na: 136; K: 5,5; Ca: 6,8; Fósforo: 8,5; MG: 2,5; Ureia: 80; Creatinina: 0,4; Fosfatase alcalina: 720; ácido úrico: 6,5. Diante do quadro descrito, é considerada a medida mais urgente:**

- A) Sorologias para CMV, EBV e toxoplasmose.
- B) Mielograma.
- C) Hidratação vigorosa e alcalinização, associada a alopurinol e hidróxido de alumínio.
- D) Mapeamento com isótopos radioativos.
- E) Biópsia do linfonodo.

**48. Diante de paciente com LLA em tratamento que apresenta febre, sem neutropenia e sem foco infeccioso, a conduta deve ser:**

- A) expectante, com culturas de sangue e urina periódicas e reavaliação clínica diária.
- B) antibioticoterapia de amplo espectro, empírica e tentar isolar agente etiológico.
- C) antibioticoterapia para cobrir germes gram-negativos.
- D) antibioticoterapia para cobrir fungos e germes gram-positivos.
- E) sintomáticos e orientação para voltar se a febre persistir por mais de quatro dias.

**49. Atualmente, as taxas de cura global para Leucemia Linfóide Aguda e Leucemia Mieloide Aguda em crianças são respectivamente:**

- A) 70% e 40%.
- B) 80% e 50%.
- C) 75% e 60%.
- D) 60% e 50%.
- E) 85% e 60%.

**50. Assinale a alternativa que corresponde à seguinte descrição: Um dos tumores de SNC mais frequentes da infância, com quadro clínico insidioso, caracterizado por sinais de hipertensão intracraniana, ataxia e nistagmo com início entre 5 e 8 anos de idade, pode ter resultado terapêutico bastante favorável.**

- A) Meduloblastoma do verme cerebelar.
- B) Ependimoma do assoalho do quarto ventrículo.
- C) Astrocitoma cerebelar.
- D) Glioma óptico.
- E) Craniofaringioma de fossa hipofisária.