

**SECRETARIA DE SAÚDE DE PERNAMBUCO  
PROCESSO SELETIVO À RESIDÊNCIA MÉDICA**

**DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO**

*Não deixe de preencher as informações a seguir.*

<b>Prédio</b>	<b>Sala</b>

<b>Nome</b>

<b>Nº de Identidade</b>	<b>Órgão Expedidor</b>	<b>UF</b>	<b>Nº de Inscrição</b>

**GRUPOS 05 E 15 - ESPECIALIDADE COM PRÉ-REQUISITO EM 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, versando sobre os conhecimentos exigidos para a especialidade.*
- *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 e o Número de Inscrição.*
- *Para registrar as alternativas escolhidas nas questões da Prova, você receberá um Cartão-Resposta com seu Número de Inscrição impresso.*
- *As bolhas do Cartão-Resposta devem ser preenchidas totalmente, com caneta esferográfica azul ou preta.*
- *O tempo destinado à Prova está dosado, de modo a permitir fazê-la com tranquilidade.*
- *Preenchido o Cartão-Resposta, entregue-o ao Fiscal e deixe a sala em silêncio.*

**BOA SORTE!**

**01. A hipótese da higiene afirma que as manifestações clínicas da atopia são moduladas pela exposição ambiental a micróbios. Isso quer dizer que para uma criança atópica**

- A) recomenda-se o mínimo possível de contato com outras pessoas, especialmente com crianças.
- B) a exposição precoce a micróbios aumenta a gravidade das manifestações alérgicas.
- C) recomenda-se não fazer todas as vacinas do calendário vacinal devido ao risco aumentado de reações alérgicas.
- D) expor-se precocemente a micróbios possibilita resposta adaptativa e menos reações alérgicas graves.
- E) recomenda-se que tenha logo todas as doenças infecciosas típicas da infância, visando inibir possibilidade de reações alérgicas graves.

**02. Criança asmática de 4 anos de idade apresenta-se no pronto-atendimento com história de dispneia que dificulta sua fala, algo agitado, com frequência respiratória de 32 ipm, frequência cardíaca de 112 bpm, sibilos expiratórios e saturação de oxigênio de 93%. A mãe refere que a crise começou durante atividade na biblioteca da escola. A última crise, ocorrida há um mês, de leve intensidade, foi tratada em casa, com salbutamol inalatório. Das medidas abaixo, assinale a que NÃO está indicada no tratamento de urgência.**

- A) Jejum.
- B) Hidratação oral ou venosa, conforme o caso.
- C) Oxigênio.
- D) Nebulização com salbutamol.
- E) Fisioterapia respiratória.

**03. Considerando o caso acima descrito, uma hora após a admissão e a realização de três nebulizações com salbutamol e uma com salbutamol + brometo de ipratrópio e, ainda, de receber uma dose oral de prednisolona, a criança continua dispneica, muito agitada. A saturação de O<sub>2</sub>, com uso de oxigênio por máscara de Venturi a 45% está em 91-92%, e a gasimetria mostra PaCO<sub>2</sub> de 40 mmHg. O passo seguinte deve ser**

- A) entubação traqueal e ventilação mecânica.
- B) administração de salbutamol por via venosa.
- C) nebulização com beclometasona.
- D) repetição de corticosteroide, sendo que EV desta vez.
- E) sedação com hidrato de cloral em dose baixa.

**04. Lactente de 4 meses de idade apresenta coriza e congestão nasal, acompanhada de temperatura subfebril por três dias. Evolui com tosse seca e anorexia nos dias seguintes e com acentuação da tosse, que passa a ser em acessos cada vez mais intensos, chegando a provocar vômitos e com pletora facial. Ao exame físico, está agitada, chorando e tossindo, com taquidispneia. Na ausculta, roncos, estertores e sibilos estão presentes. O Raio X de tórax revela aumento da transparência pulmonar e hiperinsuflação. A criança é internada e colocada em decúbito elevado, com máscara de Venturi a 40%. O diagnóstico mais provável é**

- A) crise aguda de asma.
- B) laringotraqueíte.
- C) broncopneumonia viral.
- D) bronquiolite viral aguda.
- E) coqueluche.

**05. Lactente de 18 meses, sem antecedentes alérgicos apresenta sintomas de resfriado comum por dois dias, com febre baixa, que evoluem subitamente para tosse ladrante e rouquidão. Ao ser levado para pronto-atendimento, observa-se estridor inspiratório à ausculta e hiperemia de orofaringe. Melhora rapidamente com uma nebulização, contendo adrenalina e é liberado para casa com prescrição de dexametasona por via oral. O diagnóstico mais provável é**

- A) laringite estridulosa.
- B) laringite viral aguda.
- C) epiglotite.
- D) laringite pseudomembranosa.
- E) laringomalácia.

**06. Em estudo publicado em 2004, no Jornal Brasileiro de Pneumologia, Nascimento, LF e colaboradores, apresentaram a seguinte tabela, resultado de pesquisa sobre fatores de risco para internações por Pneumonia, em um hospital universitário de São Paulo:**

**TABELA 3 - Distribuição dos casos e controles, segundo as variáveis ambientais, com os respectivos odds ratio (OR), intervalo de confiança de 95 % (IC 95%) e nível de significância p.**

Nível 3	Casos	Controles	OR	IC 95%	p
<i>Número de pessoas no quarto</i>					
1 pessoa	<b>46</b>	<b>78</b>	1,3	0,76-2,22	0,37
2 ou mais	<b>59</b>	<b>77</b>			
<i>Número de pessoas na casa</i>					
4 pessoas	<b>42</b>	<b>92</b>	2,22	1,29-3,83	0,03
5 ou mais	<b>63</b>	<b>62</b>			
<i>Fumantes na casa</i>					
Sim	42	40	1,88	1,06-3,34	0,03
Não	63	113			
<i>Fumantes no quarto</i>					
Sim	42	39	1,93	1,09-3,43	0,02
Não	63	113			

**Segundo os dados apresentados acima, é CORRETO afirmar que**

- A) o risco de internação por Pneumonia em crianças que moram em casas que têm mais de uma pessoa por quarto é 0,37 vezes maior que naquelas com até uma pessoa por quarto.
- B) as quatro variáveis estudadas tiveram valores de “p” menores que 0,5, o que demonstra alto nível de significância.
- C) a presença de fumantes no quarto da criança aumenta o risco de internação por pneumonia em até 3,43 vezes.
- D) casas com cinco ou mais pessoas mostraram aumento de risco de, no mínimo, 2,22 vezes em relação a casas com até 4 pessoas.
- E) o tabagismo passivo não é fator de risco significativo para pneumonias em crianças.

**07. No eletrocardiograma normal, o ritmo é determinado pela presença de onda P, precedendo o complexo QRS, intervalos PR regulares e eixo de P entre 0 e 90°. Na prática, o eixo de P normal pode ser observado, quando a onda P está**

- A) negativa em D1 e D2 e positiva em aVR e aVF.
- B) positiva em D1 e aVR e negativa em D2 e aVF.
- C) positiva em D1 e D2 e negativa em aVR e aVF.
- D) positiva em D1 e D2, negativa em aVR e positiva ou isoelétrica em aVF.
- E) negativa em D1 e D2, positiva em aVR e isoelétrica em aVF.

**08. Criança de 4 anos é levada ao pronto-atendimento pelos pais que perceberam que o coração dela estava batendo muito rápido. A criança está em uso de salbutamol xarope para tratamento de sibilância. Ao exame, nota-se certa palidez cutânea, fronte fria, FC de 240 bpm. PA de 100x55, pulsos cheios e boa perfusão periférica. A criança está consciente, embora um pouco agitada. O ECG mostra intervalo PR curto e QRS alargado. A primeira providência será**

- A) administrar adenosina, 0,1 mg/kg, EV.
- B) fazer manobras vagais, sendo mais eficaz o reflexo de imersão com toalha embebida com água gelada por 10 a 30 segundos na face.
- C) sedar com midazolam ou hidrato de Cloral e observar.
- D) cardioversão elétrica com 0,5 a 1 J/kg sob sedação leve.
- E) providenciar ablação por catéter de radiofrequência.

**09. Recém-nascido de parto cesárea, eletivo, com peso ao nascer de 3,5 kg, sexo masculino, 50 cm de comprimento e Apgar 8/8 persiste com cianose generalizada após duas horas do nascimento, embora com boa atividade e reflexos presentes. Ao exame, apresenta sopro sistólico no 3º EIE, na borda esternal. É solicitada avaliação cardiológica, porém, na transferência para UTI neonatal, o bebê apresenta súbita piora com taquidispneia, hipoatividade e movimentos oculares incoordenados. A conduta imediata deve incluir todas as alternativas abaixo, EXCETO**

- A) aumento da resistência vascular periférica com flexão dos joelhos sobre o peito.
- B) sedação e analgesia.
- D) uso criterioso de morfina ou betabloqueadores.
- E) oxigenioterapia.
- E) administração de indometacina venosa.

**10. Escolar de sete anos, sexo feminino apresentou quadro clínico típico de parotidite. Cinco dias após o início da doença, começou a apresentar dor abdominal, vômitos, taquicardia e cefaleia. Nega doenças anteriores. A criança chegou andando ao pronto-atendimento. Ao exame físico, apresentava peso de 23 kg, sem edemas, hidratada, acianótica, hipocorada ++/4+, taquipneica (FR: 36mpm), normotensa (pressão arterial sistêmica: 110/70 mmHg). FC: 120 bpm, precórdio hiperdinâmico, bulhas cardíacas normofonéticas, sem sopros, ritmo cardíaco em 3 tempos por presença de B3 (galope); pulsos periféricos finos, simétricos, com bom enchimento capilar. À ausculta pulmonar: murmúrio vesicular presente, simétrico, com estertores subcrepitanes em ambas as bases; abdome flácido, com fígado palpável a 2 cm do rebordo costal direito, baço não palpável e ruídos hidroaéreos presentes. O ECG demonstrou sobrecarga de VE e VD e taquicardia sinusal. O Raio X de tórax mostrou aumento global de área cardíaca e congestão pulmonar. Além de medidas gerais, como repouso, dieta hipossódica, restrição hídrica, decúbito elevado e oxigênio, devem ser iniciados os seguintes medicamentos:**

- A) hidroclorotiazida e digitálico.
- B) hidroclorotiazida e captopril.
- C) furosemida, dobutamina e captopril.
- D) furosemida, dopamina e captopril.
- E) hidroclorotiazida, digitálico e captopril.

**11. O diagnóstico clínico-funcional para o quadro acima é de insuficiência cardíaca congestiva**

- A) aguda, diastólica, classe 2.
- B) aguda, diastólica, classe 3.
- C) aguda, sistólica, classe 2.
- D) crônica, sistólica, classe 2.
- E) crônica, diastólica, classe 3.

**12. A circulação extracorpórea em cirurgia cardíaca produz efeitos adversos potencialmente graves no pós-operatório. São eles, com exceção de um**

- A) sangramento.
- B) edema pulmonar.
- C) edema miocárdico.
- D) hipovolemia.
- E) hipofosfatemia.

**13. Criança de dois anos e meio, sexo masculino, desnutrida crônica moderada é vítima de maus-tratos e retirada do convívio com os pais. Institucionalizada, desenvolve febre, tosse e vômitos na primeira semana. O exame físico revela palidez cutâneo-mucosa (++)/4, taquidispneia com FR: 38 ipm e tiragem intercostal. Pulsos cheios. Na ausculta respiratória, apresenta estertores no terço médio do pulmão direito. Dor à mobilização da articulação do quadril, sem sinais inflamatórios. Restante normal. O raio X de tórax revela condensação em lobo superior do pulmão direito com cisurite e pequeno derrame pleural. O raio X da articulação coxofemoral é normal. O paciente evolui com persistência da febre sete dias após início da antibioticoterapia, tendo sido usado inicialmente ceftriaxona. A dor articular apresentou piora, agora impedindo deambulação. Continua sem sinais flogísticos, mas com bloqueio antiálgico ao exame. O que deve ser feito?**

- A) Tomografia do quadril e troca de antibiótico para oxacilina, caso confirme pioartrite.
- B) Ultrassonografia das articulações do quadril e drenagem articular, caso confirme pioartrite.
- C) Ultrassonografia das articulações do quadril, drenagem articular e troca de antibiótico para oxacilina, caso confirme pioartrite.
- D) Tomografia do quadril e associação de oxacilina, caso confirme pioartrite.
- E) Ultrassonografia das articulações do quadril, associação de oxacilina e drenagem articular, caso confirme pioartrite.

**14. Em uma enfermaria de pediatria, uma criança é internada e, dois dias após, desenvolve sinais típicos de varicela. Dentre as alternativas abaixo, está INCORRETO afirmar que**

- A) se devem identificar os expostos susceptíveis.
- B) se recomenda o uso de aciclovir aos expostos susceptíveis em até 24 horas pós-exposição.
- C) aos menores de 9 meses, imunocomprometidos e gestantes até 96 horas da exposição, se deve administrar imunoglobulina humana antivariçela Zoster.
- D) se deve vacinar contra varicela todos os pacientes, acompanhantes e profissionais de saúde susceptíveis e imunocompetentes até cinco dias após exposição ao caso-índice.
- E) se deve isolar o caso-índice e todos os pacientes expostos susceptíveis até 21 dias.

**15. Lactente de 5 meses apresenta febre alta (maior que 39°C) há 2 dias e é levado para atendimento. Não há queixas por parte dos pais, exceto pela febre, irritabilidade e recusa alimentar. O exame físico completo e detalhado é normal. O leucograma revela leucócitos totais de 18.000/mm<sup>3</sup>. O sumário de urina, LCR e o Raio X de tórax foram normais. Colheu-se ainda urocultura e hemocultura. Qual deve ser a conduta a seguir, segundo os critérios de Baraff?**

- A) Alta para observação ambulatorial e retorno em 24 horas.
- B) Administração de uma dose única de penicilina benzatina e alta para retorno em 24 horas.
- C) Internação e uso de ceftriaxona até resultado das culturas.
- D) Iniciar amoxicilina por via oral e reavaliar em 24 horas, ambulatorialmente.
- E) Internar para monitorar curva febril por 48 horas e continuar investigando origem.

**16. Lactente apresenta lesões de pele na face, caracterizadas por vesículas que evoluíram para bolhas de conteúdo purulento que, após romperem, formaram crostas. Não tem febre. Apresenta rinorréia mucopurulenta há uma semana. O agente infeccioso causador deste quadro mais provável é o(a)**

- A) *Streptococcus pyogenes*.
- B) *Streptococcus beta hemolyticus*.
- C) *Staphylococcus aureus*.
- D) *Staphylococcus epidermidis*.
- E) *Staphylococcus agalactiae*.

**17. Nos últimos 20 anos, houve considerável redução no número de casos de meningite por *Haemophilus influenzae* devido ao uso sistemático de vacina contra essa bactéria. Desta forma, o agente mais comumente encontrado na faixa etária entre 2 meses e 5 anos de idade, outrora o *H. Influenzae*, passou a ser o(a)**

- A) *Neisseria meningitidis*.
- B) *Escherichia coli*.
- C) *Streptococcus agalactiae*.
- D) *Streptococcus pneumoniae*.
- E) *Staphylococcus sp.*

**18. Assinale a alternativa que contém os sinais e sintomas necessários para suspeita do diagnóstico de Síndrome Respiratória Aguda Grave, causada pelo vírus Influenza A (H1N1) em crianças abaixo de 2 anos de idade:**

- A) Febre baixa (abaixo de 38°), tosse e dispneia.
- B) Febre alta (acima de 38°), tosse e dispneia.
- C) Febre alta (acima de 38°), tosse, dispneia e hipotensão.
- D) Febre alta (acima de 38°), tosse, Raio X compatível com pneumonia e hipotensão.
- E) Febre baixa (abaixo de 38°), tosse, taquidispneia e leucograma com mais de 15000 leucócitos/mm<sup>3</sup>.

**19. A doença falciforme é termo usado para definir manifestações clínicas consequentes a todas as alterações abaixo, EXCETO**

- A) presença de Hemoglobina S ou C juntamente com Hemoglobina A.
- B) presença de Hemoglobinas S e C na ausência de Hemoglobina A.
- C) presença exclusiva de Hemoglobina S.
- D) hemácias com Hemoglobina S, interagindo com o gene da talassemia.
- E) hemácias com Hemoglobina C, interagindo com o gene da talassemia.

**20. Nas crises vaso-oclusivas em pacientes com Anemia Falciforme de qualquer intensidade, a medida terapêutica fundamental é**

- A) anticoagulação com heparina.
- B) analgesia com opioides.
- C) o uso de anti-inflamatórios não hormonais.
- D) hidratação.
- E) oxigenioterapia.

**21. Menina de 12 anos é levada ao pronto-atendimento, por apresentar emagrecimento e palidez há dois meses. Nos últimos dois dias, começou a apresentar crises de tosse seca e dispnéia que pioram quando deita. Na ausculta, apresenta discreto estridor. Observa-se linfadenopatia generalizada, especialmente em cadeias supraclavicular e axilar. Há presença de circulação colateral em tronco superior e pescoço. Fígado e baço são palpáveis a 3 cm do rebordo costal. O Raio X de tórax revela grande massa mediastinal e derrame pleural bilateral. O diagnóstico que se impõe com os dados apresentados é**

- A) Leucemia Linfóide Aguda
- B) Leucemia Mieloide Aguda.
- C) Linfoma Não Hodgkin.
- D) Síndrome da Veia Cava Superior.
- E) Síndrome Mediastinal Superior.

**22. Após internamento em UTI pediátrica e realizadas medidas básicas de suporte, colhem-se exames que mostram os seguintes resultados: HB: 6,5 HCT: 20% Leucócitos: 32.000 (3-8-12-40) Linfócitos típicos: 32% Monócitos 5% com incontáveis blastos na lâmina. Sódio 138; Potássio: 5,5; Cálcio 8,5; Fósforo: 9; Ácido úrico: 17; DHL: 658. Das medidas abaixo listadas, assinale a que NÃO está indicada.**

- A) Rasburicase.
- B) Hidróxido de alumínio.
- C) Alopurinol.
- D) Diálise.
- E) Hiperhidratação e alcalinização.

**23. Criança em sepse desenvolve sufusões hemorrágicas na pele e mucosas, sangramento digestivo e pulmonar. Além da clínica, dos exames abaixo, qual o de melhor valor preditivo negativo para definir fibrinólise intravascular?**

- A) TP e TTPA normais.
- B) Dosagem sérica de fibrinogênio total baixo ou normal.
- C) Dosagem sérica de D-dímero normal.
- D) Plaquetopenia progressivamente acentuada.
- E) Proteína C normal.

**24. Sobre o diagnóstico diferencial dos tumores malignos abdominais da infância, assinale abaixo a alternativa CORRETA.**

- A) O Tumor de Willms pode ocorrer em associação com várias anormalidades congênitas isoladas, tais como: hemihipertrofia, aniridia e anormalidades genitourinárias.
- B) Para diagnóstico do neuroblastoma, a biópsia do tumor primário deve ser feita, mesmo que haja infiltração da medula óssea por tumor não hematopoético em criança com idade compatível e aumento de catecolaminas urinárias.
- C) Os hepatoblastomas são tumores tipicamente diagnosticados após os três anos de idade.
- D) As manifestações metastáticas do neuroblastoma são raras no momento do diagnóstico.
- E) Os tumores germinativos extragonadais mais comuns são os da região retroperitoneal.

**25. O Trauma Cranioencefálico (TCE) está presente na maioria das crianças vítimas de acidentes e é responsável por 75% das mortes infantis por causas externas, no Brasil. Além de monitorização da pressão intracraniana, as seguintes medidas são indicadas com exceção de uma. Assinale-a.**

- A) Monitorização hemodinâmica com catéter de pressão arterial média e pressão venosa central.
- B) Entubação e ventilação mecânica assistida, se Glasgow maior ou igual a 8.
- C) Manter hemoglobina acima de 10g/dl e/ou hematócrito maior ou igual a 30%.
- D) Evitar hipo e hiperglicemia.
- E) Restrição hídrica de 30%.

**26. No suporte avançado de vida, as medidas são realizadas em ambiente hospitalar por profissionais qualificados e visam melhorar a eficácia das manobras “A-B-C” do suporte básico. Na fase “B”(breath), durante uma parada cardiorrespiratória, pode ser necessária a entubação traqueal. Sobre este procedimento, é INCORRETO afirmar que**

- A) para crianças maiores de um ano de idade, o diâmetro do tubo traqueal a ser usado deve considerar a idade e se o tubo tem ou não cuff.
- B) o uso da atropina deve ser considerado para todas as crianças menores de um ano de idade e para aquelas com bradicardia no momento da entubação.
- C) a via orotraqueal é preferida.
- D) a sequência rápida de entubação (com uso de sedação, analgesia e paralisia) deve ser usada.
- E) se deve confirmar a correta entubação através da ausculta do murmúrio vesicular em região infra-axilar bilateral.

**27. Na criança em estado de choque de qualquer etiologia, é CORRETO afirmar que**

- A) o mecanismo mais comum é o distributivo (séptico).
- B) no choque cardiogênico, a pressão do pulso está ampliada.
- C) no choque hipovolêmico, o nível de consciência é habitualmente preservado, exceto na hipovolemia grave.
- D) a pré-carga está elevada nos choques séptico e cardiogênico.
- E) o choque compensado caracteriza-se pela presença dos sinais de choque associada à hipotensão arterial.

**28. Sobre o uso de Dobutamina venosa contínua no tratamento do choque, é CORRETO afirmar que**

- A) por ser uma catecolamina de ação preferencial nos receptores alfa-1 adrenérgicos, está indicada em situações com perfusão ruim.
- B) a dose deve variar entre 0,05 e 0,2 mcg/kg/min.
- C) pode ser útil, inclusive em pacientes hipotensos e com taquiarritmias.
- D) a sua ação é, principalmente, inotrópica positiva com dilatação leve do leito vascular periférico.
- E) sua eficácia depende da presença de estoques adequados de norepinefrina.

**29. Criança diabética apresenta descompensação em decorrência de infecção respiratória e é admitida em UTI pediátrica para tratamento de cetoacidose diabética complicada com insuficiência respiratória (segundo o encaminhamento) e hipocalcemia severa (K sérico: 2,8). Sua gasimetria de entrada revela pH: 6,9 PaCO<sub>2</sub>:20 PaO<sub>2</sub>: 85 HCO<sub>3</sub>: 6 BE: -16. A conduta da primeira hora deve incluir**

- A) entubação e ventilação mecânica assistida.
- B) bicarbonato corrigido para 15, oferecendo metade na primeira hora, via venosa.
- C) administração de potássio (4 mEq/100 ml) juntamente com a expansão inicial.
- D) administração EV de soro fisiológico 0,9% na dose de 25 ml/kg/hora.
- E) administração de insulina EV na dose de 0,1 U/kg/minuto em paralelo com a expansão inicial.

**30. Criança portadora de hepatopatia crônica por trombose de veia porta, 3 anos de idade apresenta icterícia progressivamente mais acentuada, associada à febre de 38,2 a 38,4°C, dois picos diários por 3 dias. Apresenta ainda confusão mental e comportamento alterado há um dia. A mãe refere aparecimento de fezes escuras com cheiro muito forte e estranho. Escala de coma de Glasgow de 12. Na chegada à UTI pediátrica, é realizado EEG que revela ondas lentas generalizadas. Neste caso, estará formalmente indicado**

- A) monitorar a pressão intracraniana.
- B) entubação traqueal em sequência rápida, sob sedação e analgesia.
- C) administrar lactulose por SNG e enema com neomicina.
- D) sedação profunda com coma induzido por fenobarbital.
- E) administrar silimarina na dose de 20 mg/kg/dia, por SNG.

**31. Lactente de 8 meses que costuma ficar meio período em uma creche pública, enquanto a mãe vai trabalhar, apresenta diarreia e vômitos há dois dias e é levado para consulta no pronto-atendimento. Não tem febre. Desde o início do quadro, a mãe já vinha usando sais para reidratação oral nos intervalos das refeições e após os episódios de evacuação líquida. A mãe refere que existem outros casos semelhantes na creche. No exame físico, encontra-se bem, está hidratado e com peso/comprimento normal para idade. A conduta, além de manter esquema atual de hidratação, deve ser a de**

- A) suspender lactose e introduzir fórmula de soja.
- B) administrar cefalosporina de terceira geração, uma dose diária por cinco dias.
- C) colher fezes para coprocultura e pesquisa de rotavírus.
- D) administrar sulfametoxazol + trimetopim, duas doses diárias por cinco dias.
- E) administrar racecadotril, quatro doses diárias por 14 dias.

**32. Uma menina de 5 anos apresenta febre e dor abdominal intensa, localizada no hipogástrio e irradiando para fossa ilíaca direita, praticamente constante, há menos de 24 horas. No exame físico, resta dúvida quanto ao aumento da dor à descompressão brusca. RHA presentes. Encontra-se pálida e discretamente desidratada. Restante do exame físico normal. O hemograma revela HB:9,5 HCT: 32% Leucócitos 15000 (Bast: 6 Segm: 62) Eo: 0 B: 0 LT: 20 LA: 0 Mono: 12 plqts: 250000. Ionograma normal. O sumário de urina apresenta pH 6 Hemácias incontáveis e 20 piócitos por campo. Foi colhida urocultura e solicitada ultrassonografia de abdome. Enquanto aguarda definição diagnóstica, o que NÃO deve ser feito?**

- A) Hidratação venosa com eletrólitos e jejum.
- B) Analgésico não opioide em dose máxima para idade.
- C) Antibioticoterapia empírica profilática.
- D) Solicitar avaliação por cirurgião pediátrico para toque retal.
- E) Controlar o estresse em ambiente propício.

**33. Lactente saudável, bem nutrido apresenta súbita dor abdominal em cólica, com períodos de acalmia e fezes mucossanguinolentas (com aspecto de geleia de groselha). Abdome discretamente distendido, RX de abdome com níveis hidroaéreos. O diagnóstico mais provável é**

- A) hérnia encarcerada.
- B) apendicite aguda.
- C) obstrução por bridas.
- D) novelo de ascaris.
- E) invaginação intestinal.

**34. Na diferenciação entre regurgitação infantil e doença do refluxo gastro-esofágico em lactentes menores de 6 meses de idade, o aspecto mais importante é**

- A) definição do perfil da pHmetria de 12 horas.
- B) a repercussão no crescimento e desenvolvimento.
- C) a aparência do material regurgitado.
- D) a relação dos episódios com a alimentação.
- E) a frequência dos episódios.

**35. Para definir fracasso da terapia de reidratação oral (TRO) e consequente conversão para terapia venosa (TV), é necessário**

- A) ausência de recuperação clínica e/ou ponderal após três horas de início da TRO.
- B) presença de episódios de vômitos durante a TRO.
- C) aumento da quantidade de evacuações durante a TRO.
- D) recusa da mãe ou da criança em administrar ou receber a TRO.
- E) tentar antes a administração de antieméticos e sedativos leves.

**36. A necessidade hídrica basal diária de uma criança de 18 meses, com 11.650g, segundo a regra de Holliday-Segar, é**

- A) 1165 ml.
- B) 1065,5 ml.
- C) 965,5 ml.
- D) 1082,5 ml.
- E) 1182,5 ml.

**37. Para a mesma criança acima, serão necessários, sem considerar as perdas extras, e considerando que os eletrólitos séricos estão normais, as seguintes quantidades de sódio e potássio para manutenção basal diária:**

- A) 21,6 a 32,5 mEq.
- B) 23,9 a 35,9 mEq.
- C) 20,6 a 30,4 mEq.
- D) 24,2 a 36,3 mEq.
- E) 22,8 a 34,6 mEq.

**38. Paciente submetido a transplante de fígado apresenta, no pós-operatório imediato, a seguinte gasimetria, com máscara de Venturi a 30% e hemodinamicamente estável, sem precisar de droga vasoativa: pH= 7,30; PaCO<sub>2</sub>= 24; PaO<sub>2</sub>= 220; HCO<sub>3</sub>= 12; BE= -6; Lactato= 6. O sódio sérico é 135 mEq/l, e o Cloro é 102 mEq/l. O diagnóstico CORRETO do estado ácido-básico é acidose metabólica**

- A) com acidemia e *anion gap* normal.
- B) sem acidemia e *anion gap* elevado.
- C) com acidemia e *anion gap* elevado.
- D) sem acidemia e *anion gap* normal.
- E) com acidemia e *anion gap* baixo.

**39. Criança de 4 anos apresenta edema bipalpebral matutino, diminuição da diurese e urina escura há 3 dias. Ao exame físico, apresenta-se com peso: 13,5kg, altura: 90 cm, bom estado geral, presença de pústulas e crostas em face e membros, discreto edema palpebral, PA: 120x75, FC=100 bpm, FR 24 ipm, hipocorada (++/4). Aparelhos cardiovascular e respiratório normais, abdome plano, flácido sem visceromegalias. O sumário de urina revela hematúria macroscópica, com proteinúria discreta; o complemento sérico C3 está baixo, e a antiestreptolisina O está normal. O diagnóstico que se impõe é**

- A) Síndrome nefrótica.
- B) Glomerulonefrite aguda pós-estreptocócica.
- C) Infecção urinária.
- D) Doença de Berger.
- E) Púrpura de Henoch-Schöenlein.

**40. Sobre a infecção urinária em crianças, é CORRETO afirmar que**

- A) predomina no sexo feminino, em todas as faixas etárias e etnias.
- B) em neonatos e lactentes, a presença de febre acima de 38,5° C indica bom prognóstico.
- C) os principais fatores de risco para formação de cicatriz renal são faixa etária até 2 anos e demora em instituir tratamento adequado.
- D) não há associação entre bacteriúria materna durante a gestação e ocorrência de infecção urinária no período neonatal.
- E) a maior parte das crianças que apresentam infecção urinária de repetição na infância evoluirá com deterioração progressiva da função renal e insuficiência renal crônica.

**41. Em criança de 2 anos e meio de idade, com edema generalizado, proteinúria maciça e hipoalbuminemia severa estará indicada a realização de biópsia renal na seguinte situação:**

- A) remissão somente em torno do 15° dia de corticoterapia e/ou presença de hipertensão arterial.
- B) uréia e creatinina séricas, elevadas no início da doença e/ou hipercolesterolemia.
- C) sorologia positiva para toxoplasmose, citomegalovírus, hepatites B e C e HIV.
- D) corticorresistência e recidivas frequentes por mais de 12 meses.
- E) presença de hipertensão arterial e função renal alterada antes do início do tratamento.

**42. Na diálise peritoneal, o peritônio funciona como uma membrana semipermeável, permitindo troca de solutos e líquidos entre o espaço intravascular e a cavidade peritoneal nos dois sentidos. Sobre este procedimento em crianças, é CORRETO afirmar que**

- A) é mais eficiente do que a hemodiálise naqueles pacientes com insuficiência renal crônica.
- B) não deve ser usado em casos de intoxicação exógena.
- C) está contraindicado em pacientes que fizeram cirurgia cardíaca recente.
- D) a diálise peritoneal intermitente (manual ou com cicladoras) pode ser utilizada por longos períodos, desde que seja implantado um catéter de longa duração.
- E) o melhor método para medir a adequação da diálise peritoneal é o índice Kt/V semanal de ureia.



**43. Dentre as medidas abaixo descritas para controle da Litíase renal na faixa etária pediátrica, assinale a INCORRETA.**

- A) Abolir o cálcio da dieta ou reduzir a níveis de 200 a 300 mg/dia.
- B) Ingestão proteica máxima de 1g/kg/dia.
- C) Controle da ingestão de sódio.
- D) Administração por via oral de citrato de potássio.
- E) Estimular atividades físicas regulares.

**44. Recém-nascido a termo, peso adequado apresenta triagem neonatal alterada com fenilalanina aumentada. A conduta inicial é a de**

- A) retirar proteína animal da dieta.
- B) observar evolução neuropsicomotora.
- C) verificar ganho de peso e estatura por dois meses.
- D) repetir exame com dosagem no sangue.
- E) se houver ausência de sinais e sintomas, desconsiderar.

**45. Durante a gestação, é detectada hérnia diafragmática no feto. É marcada cesárea eletiva na 39ª semana de idade gestacional. Durante o procedimento, a gestante apresenta hipotensão severa, e o neonato, em morte aparente, apresenta hipotonia e cianose generalizada, bradicardia intensa e apneia.**

**O procedimento indicado é**

- A) entubação traqueal imediata.
- B) estimulação táctil e ventilação por máscara + ambu.
- C) o de rotina: secagem, aquecimento e ventilação com máscara + ambu.
- D) cateterização umbilical e aplicação de soro + adrenalina.
- E) secagem, aquecimento, desobstrução de vias aéreas superiores, ventilação com máscara + ambu, e, se não houver resposta, entubação traqueal.

**46. Sobre Retardo do Crescimento Intra-Uterino (RCIU) e Pequeno para idade gestacional (PIG), é CORRETO afirmar que**

- A) os termos RCIU e PIG são sinônimos.
- B) RCIU refere-se aos recém-nascidos que nascem com peso inferior ao percentil 10 esperado para idade gestacional e sexo.
- C) o termo PIG representa um desvio em relação aos padrões de crescimento esperados.
- D) os recém-nascidos PIG podem não ter sofrido RCIU.
- E) não é possível, durante o acompanhamento pré-natal, detectar o RCIU.

**47. A administração intratraqueal de surfactante e exógeno imediatamente após o nascimento está formalmente indicada para recém-nascidos com idade gestacional de**

- A) 34 a 36 semanas.
- B) 32 a 34 semanas.
- C) 26 a 30 semanas.
- D) menos de 37 semanas.
- E) 30 a 36 semanas.

**48. Recém-nascido de parto normal a termo apresenta icterícia (++) até zona II e (+) em zona III de Kramer, no exame das 12 horas de vida. O restante do exame físico é normal. É o segundo filho do casal, e a mãe tem tipo sanguíneo O+. A classificação sanguínea do pai e do primeiro filho (que não teve icterícia) são desconhecidas. Pré-natal completo, sem intercorrências, sorologias para Lues e HIV negativas.**

**A conduta inicial deve ser:**

- A) iniciar fototerapia contínua.
- B) colher hemograma, PCR, reticulócitos, classificação sanguínea, coombs direto e dosagem de bilirrubinas total e frações.
- C) observar e reavaliar com 24 horas.
- D) realizar ultrassonografia de abdome total
- E) realizar Raio X de tórax e colher sorologias para Lues, HIV e toxoplasmose.

**49. Recém-nascido de parto cesárea de urgência indicado por DHEG grave, com 36 semanas de idade gestacional, Apgar 6 e 8, Peso ao nascer de 2.060g, evoluiu com moderada taquidispneia precoce. O Raio X de tórax mostrou cisturite; necessitou oxigenioterapia em halo com FiO<sub>2</sub> de 0,3. Foi instalada venóclise de manutenção com VIG de 6. No segundo dia de vida, foi iniciada dieta por SNG com leite materno ordenhado, 10 ml de 3/3 horas, e associado cálcio na venóclise. Foram observados movimentos rápidos repetitivos de membros inferiores, desencadeados por estímulos e interrompidos pela contenção dos pés. A glicemia em fita foi de 85 mg/dl. Gasimetria normal.**

**O diagnóstico mais provável é**

- A) convulsão neonatal.
- B) encefalopatia hipóxico-isquêmica.
- C) convulsão própria da prematuridade.
- D) síndrome de abstinência.
- E) abalos ou “jitteriness” do recém-nascido.

**50. Gestante na 37ª semana é exposta à água e lama de enchente que invadiu sua casa. Dois dos 6 gatos criados dentro de casa morrem após dois dias. Uma semana após, a gestante apresenta quadro febril de três dias, acompanhada de dor de garganta e infartamento ganglionar cervical. Na 39ª semana, entrou em trabalho de parto. O recém-nascido pesou 3,5 kg. Evolui bem, sem qualquer alteração clínica. No entanto, a sorologia para toxoplasmose do RN e da mãe são positivas para IgG e IgM. Neste caso,**

- A) deve-se manter o recém-nascido em observação. Caso apresente alguma sintomatologia, iniciar tratamento.
- B) pela ausência de sinais e sintomas, repete-se a sorologia após 3 meses.
- C) inicia-se imediatamente o tratamento com monodroga – pirimetamina.
- D) inicia-se imediatamente o tratamento com pirimetamina, sulfadiazina e ácido fólico.
- E) pede-se avaliação oftalmológica. Caso se apresentem sinais de coriorretinite, iniciar sulfadiazina tópica e pirimetamina por via oral.