



**01. Carlos, 1 ano e 2 meses de idade teve febre alta e irritabilidade durante 3 dias, sem outros sintomas. Hoje acordou sem febre, mas com o corpo “todo pintado”. A genitora nega quadro semelhante anteriormente e declara que as vacinas estão atualizadas. Ao exame, exhibe bom estado geral e exantema maculopapular generalizado. Restante do exame físico sem alterações. Em relação a mais provável hipótese diagnóstica, assinale a alternativa CORRETA.**

- A) É causada por uma bactéria Gram-negativa.
- B) A comprovação diagnóstica é feita por meio do líquor.
- C) O exantema nessa doença costuma ser de curta duração.
- D) A prevenção é feita com vacina de vírus vivo e atenuado.
- E) Habitualmente, há o surgimento de descamação e hiperpigmentação da pele, quando desaparece o exantema.

**02. As infecções do trato urinário (ITU) estão entre as doenças bacterianas mais frequentes e de maior risco na infância, especialmente para os lactentes. Sobre a ITU, é CORRETO afirmar que**

- A) a infecção por *Proteus mirabilis* é mais comum no sexo feminino.
- B) nos lactentes, a febre é manifestação pouco comum, assim como são infrequentes sinais e sintomas relacionados ao trato urinário.
- C) no sumário de urina, a ausência de nitritos ou piúria não descarta o diagnóstico de ITU.
- D) nas crianças sem controle miccional, a coleta de urina para a realização de urocultura pode ser por meio do saco coletor, porém o exame só é valorizado quando o resultado da urocultura é positivo.
- E) após episódio de ITU, o primeiro exame de imagem a ser solicitado em meninos é a uretrocistografia miccional.

**03. Amanda, 7 meses de idade, nascida de parto normal a termo, pesando 3.250g, esteve em aleitamento materno exclusivo até os 6 meses e continuará a ser amamentada na fase de transição alimentar. Mãe vem ao pediatra para orientação quanto à dieta e questiona sobre a necessidade de reposição de ferro. Sobre anemia ferropriva, assinale a alternativa CORRETA.**

- A) Os estoques de ferro dessa criança devem começar a cair, mas o leite materno ainda será a principal fonte desse micronutriente até os 2 anos de idade uma vez que continuará ser amamentada, não sendo necessária, nesse caso, a reposição.
- B) O ferro não-heme presente em alimentos de origem vegetal apresenta baixa biodisponibilidade e tem sua absorção dificultada pelos fitatos, tanino e cálcio e facilitada pelo ácido ascórbico.
- C) Está indicada a reposição profilática de ferro que deve ser realizada com 1mg de ferro elementar/kg/dia até 12 meses de idade.
- D) Esse lactente, por ter sido amamentado exclusivamente até os 6 meses, não necessitará de suplementação de ferro, independentemente de continuar recebendo leite materno.
- E) A profilaxia da anemia com o ferro elementar está indicada apenas, se houver história de prematuridade.

**04. Adolescente de 17 anos chega à emergência com história de dor óssea há 15 dias, associada à febre, astenia e sangramento gengival. Ao exame físico, apresenta: palidez cutânea moderada, tumoração em órbita, fígado a 3cm do RCD e baço a 4 cm do RCE. Sobre o caso, assinale a alternativa CORRETA.**

- A) Deve ser solicitado hemograma e iniciado o tratamento com antibióticos.
- B) A tumefação ocular deve ser um cloroma, uma massa de blastos que acontece em crianças com o diagnóstico de leucemia mieloide crônica.
- C) O LCR, hemograma e mielograma são exames que devem ser solicitados para a elucidação diagnóstica. Devido ao quadro clínico e à faixa etária, o mais provável é que se trate de leucemia linfóide aguda.
- D) O mielograma desse paciente deve apresentar mais de 30% de blastos mielocíticos; caso haja mais de 100.000 leucócitos ao leucograma, consideraremos fator de mau prognóstico.
- E) Geralmente, o comprometimento do sistema nervoso central é sintomático.

**05. Os linfomas representam a terceira neoplasia mais comum da infância e são divididos em dois grupos: linfoma de Hodgkin e linfoma não-Hodgkin. Sobre os linfomas, assinale a alternativa CORRETA.**

- A) A doença de Hodgkin é caracterizada pela presença da célula de Reed-Sternberg, que representa um clone anormal de precursores de linfócitos B. Embora seja característica da doença, não é específica.
- B) O linfoma não Hodgkin é mais comum em adolescentes e apresenta um melhor prognóstico, quando comparado com os linfomas de Hodgkin.
- C) As citocinas pró-inflamatórias secretadas nos linfomas são responsáveis pelos sintomas B que são: sudorese noturna, edema, febre e anemia.
- D) O tratamento dessas neoplasias consiste em cirurgia e depois na associação de quimioterapia e radioterapia que vai variar de acordo com o estadiamento inicial do linfoma.
- E) A doença de Hodgkin aparece em dois picos etários: menores que cinco anos e adolescentes.

**06. Anemia hemolítica é a redução nos níveis eritrocitários no sangue circulante, causada por destruição acelerada das hemácias (hemólise). Sobre as Anemias Hemolíticas (AH) na infância, é CORRETO afirmar que**

- A) a reticulocitose é uma característica importante, mas pouco frequente nas anemias hemolíticas.
- B) o mielograma é importante para a confirmação do diagnóstico de AH.
- C) o teste de Coombs indireto é positivo na maioria dos casos de AH.
- D) a haptoglobulina diminuída, associada ao aumento de reticulócitos, é sugestiva de AH.
- E) a doença falciforme é uma anemia hemolítica autossômica dominante.

**07. Os pacientes nefróticos apresentam elevada susceptibilidade a complicações. Sobre as complicações da síndrome nefrótica na infância, assinale a alternativa CORRETA.**

- A) Os pacientes com síndrome nefrótica estão em estado de hipercoagulabilidade, em decorrência da maior agregação plaquetária e diminuição da atividade de fibrinolisinases, como a antitrombina III.
- B) É comum o aparecimento de celulites em decorrência da infecção pelo *Streptococcus epidermidis*.
- C) A peritonite no paciente com síndrome nefrótica tem como principal agente etiológico a *E. coli*.
- D) Pode ocorrer osteopenia pela maior absorção da vitamina D, do cálcio e pelo uso de corticoide.
- E) Os principais agentes bacterianos, envolvidos nas complicações infecciosas, são a *Pseudomonas aeruginosa* e o *Streptococcus epidermidis*.

**08. Gabriel, 4 anos, chega ao ambulatório com queixa de dor, edema e calor no joelho direito e cotovelo direito há seis meses. Nega febre. Exames complementares: fator reumatoide e fator antinúcleo negativos. Antiestreptolisina O = 120 U (valor de referência: até 250 U). Qual é a hipótese diagnóstica mais provável?**

- A) Febre reumática
- B) Artrite idiopática juvenil
- C) Lúpus eritematoso sistêmico
- D) Dor do crescimento
- E) Artrite séptica

**09. O estabelecimento do diagnóstico etiológico é importante para manejo e prognóstico dos pacientes com hipertensão arterial secundária. Sobre a hipertensão secundária, é CORRETO afirmar que**

- A) a doença parenquimatosa renal é considerada a segunda causa principal, sendo a primeira as doenças endócrinas.
- B) o teste do captopril tem como objetivo avaliar doenças com um componente renino-dependente como doença renovascular.
- C) o excesso de catecolaminas no feocromocitoma leva à taquicardia, sudorese, palidez e ao ganho de peso.
- D) a glomerulonefrite membrano proliferativa por lúpus eritematoso sistêmico é causa de hipertensão secundária, sendo diagnosticada por biópsia renal e níveis de complemento normais.
- E) o método diagnóstico padrão-ouro para confirmação de hipertensão renovascular na infância é a ultrassonografia com Doppler.

**10. Tiago, 3 anos apresentava, até 1 ano de idade, crises convulsivas descritas pela mãe como se fossem um abraço com flexão dos braços, do tronco, e da cabeça, seguido de choro. Apesar do tratamento, as crises vêm piorando. Atualmente, a criança apresenta 20 a 30 crises diárias de vários tipos com predomínio de crise tônica, com posição ereta da cabeça, abertura dos olhos e da boca e hipertonía da musculatura paraespinal e abdominal com apneia. Criança tem retardo mental grave. Traz consigo um EEG (eletroencefalograma) que demonstra uma atividade de base difusamente lenta e desorganizada e complexos espícula-onda lenta. Qual é a hipótese diagnóstica para esse caso?**

- A) Síndrome de Lennox Gastaut
- B) Epilepsia benigna da infância com paroxismos occipitais de início precoce
- C) Epilepsia ausência da infância
- D) Espasmos infantís – síndrome de West
- E) Epilepsia benigna da infância com paroxismos centrotemporais

**11. Lactente chega à emergência com história de irritabilidade e saída de secreção purulenta, mal cheirosa e com raios de sangue pelo ouvido direito, há mais de 3 meses. À otoscopia: presença de secreção amarelo-esverdeada, material queratínico peroláceo e edema de mucosa. Membrana timpânica com perfuração ampla. Diante desse quadro, qual sua principal hipótese e conduta?**

- A) Otite média crônica secretora e o tratamento é a correção dos fatores desencadeantes, antibiótico e corticoide.
- B) Otite média crônica secretora, e o tratamento consiste na colocação de um tubo de ventilação e adenoidectomia.
- C) Otite média crônica não colesteatomatosa, e o tratamento deve ser feito com antibiótico sistêmico, e, após antibiótico, timpanoplastia e mastoidectomia.
- D) Otite média crônica colesteatomatosa, e o tratamento é cirúrgico.
- E) Otite média crônica fúngica, e o tratamento é antifúngico tóxico.

**12. Mariana, 8 anos é levada à UPA com história de tosse e secreção nasal sem melhora há 2 semanas. Há 3 dias, vem apresentando febre diária (38°C), cefaleia e otalgia. Ao exame físico, são observadas presença de hiperemia de cornetos e secreção mucopurulenta em fossa nasal. Otoscopia apresenta retração de membrana timpânica. Restante do exame sem alterações. Diante desse quadro, qual é a conduta mais adequada?**

- A) Atitude expectante com orientação para suspender fatores desencadeantes (piscina, tabagismo passivo) e iniciar irrigação nasal com solução salina.
- B) Iniciar amoxicilina e reavaliar em 3 a 4 inclusive para decidir a duração do tratamento.
- C) Iniciar azitromicina e manter por 3 dias.
- D) Iniciar ampicilina-sulbactam ou amoxicilina com clavulanato por 14 dias, associada à irrigação nasal com solução salina, anti-histamínico e corticoide oral.
- E) Orientar irrigação nasal com solução salina hipertônica e prescrever corticoide nasal.

**13. Marcos, 13 anos, há aproximadamente 7 dias, apresenta quadro de início insidioso, com febre baixa, tosse renitente, predominantemente não produtiva, às vezes de caráter paroxístico, mal-estar, mialgia e cefaleia. Ao exame físico, apresenta regular estado geral, leve taquidispneia, hiperemia de membrana timpânica com miringite bolhosa e hiperemia de orofaringe. Na ausculta respiratória, são observados sibilos e crepitações. A radiografia de tórax demonstra discreto infiltrado intersticial. Sem antecedentes pessoais de doenças respiratórias, com exceção de resfriados. Qual é a hipótese diagnóstica inicial para esse caso?**

- A) Pneumonia por *Pneumococos*
- B) Pneumonia por *H. influenzae*
- C) Crise de asma
- D) Pneumonia por *Mycoplasma pneumoniae*
- E) Tuberculose pulmonar

**14. A constipação intestinal é um sintoma frequente em crianças, sendo responsável por cerca de 3% das consultas nos ambulatórios da pediatria. Sobre o tema, assinale a alternativa CORRETA.**

- A) A maioria dos casos de constipação é de origem orgânica.
- B) A constipação é uma doença benigna e não traz complicações para a criança, havendo resolução do quadro com orientações dietéticas.
- C) Considera-se constipação crônica primária orgânica, quando há alterações estruturais do trato gastrointestinal.
- D) É denominada constipação crônica primária funcional simples quando existe o trânsito colônico lento, disfunção do assoalho pélvico ou sensibilidade anorretal diminuída.
- E) A presença de incontinência fecal retentiva exclui o diagnóstico de constipação funcional.

**15. A tuberculose (TB) é considerada um dos mais importantes problemas de saúde pública do mundo. Com relação a essa doença, é CORRETO afirmar que**

- A) as crianças apresentam maior risco de progressão de infecção à doença para a forma pulmonar, enquanto, para as formas extrapulmonares, o risco é semelhante aos adultos.
- B) em pacientes doentes por TB, a presença de hipersensibilidade tuberculínica está associada com o surgimento de formas invasivas e graves.
- C) a resistência a fármacos do *M. tuberculosis* está relacionada à estrutura lipídica da constituição específica da parede celular do bacilo.
- D) a *tuberculose infecção* pode evoluir para *tuberculose doença* em 80% das crianças que não receberam aleitamento materno exclusivo até os 4 meses de idade.
- E) atualmente o tratamento inicial para TB pulmonar em crianças menores de 5 anos é composto por 4 drogas: isoniazida, rifampicina, pirazinamida e etambutol.

**16. Estima-se que mais de 3 bilhões de pessoas no mundo estejam infectadas por algum tipo de enteroparasita. Sobre as parasitoses intestinais, é CORRETO afirmar que**

- A) os parasitas podem desencadear manifestações gerais, digestivas, pulmonares, hematológicas e cutâneas, como prurido, urticária e verrugas.
- B) várias espécies de protozoários do gênero *Entamoeba* infectam humanos, entretanto só as espécies que devem ser tratadas são a *Entamoeba histolytica* e *Entamoeba dispar*.
- C) no tratamento da giardíase, as crianças podem ser tratadas com albendazol na dose 400mg/dia, porém, em crianças menores de 2 anos, essa medicação deve ser ajustada com o peso do paciente.
- D) é possível a detecção de antígenos da *Giardia lamblia* em espécimes fecais, utilizando-se o ensaio imunoenzimático ELISA.
- E) *Entamoeba histolytica*, *Entamoeba dispar*, *Hymenolepis nana* e *Giardia lamblia* são os agentes mais comuns das protozooses intestinais na infância.

**17. Luciana, 5 anos de idade apresenta quadro agudo de cefaleia, febre baixa e vômitos. Ao exame, observamos estado geral decaído, com rigidez de nuca e sinais de Kerning e Brudzinski positivos. Realizado exame do LCR, com o seguinte resultado: punção lombar – 1400 leucócitos (75% de neutrófilos, 25% de monócitos), proteínas = 93 mg/dL, glicose= 26mg%, bacterioscopia: presença de diplococos Gram negativo. Aguarda a cultura.**

**Qual das afirmações abaixo é CORRETA?**

- A) O diagnóstico é provavelmente de meningite viral, e a conduta é expectante, com vigilância e terapêutica de suporte.
- B) O diagnóstico é provavelmente de meningite tuberculosa, e a conduta é o uso de esquema tríplice e corticoide.
- C) O diagnóstico é provavelmente de meningite bacteriana, e a conduta, nesse caso, em relação aos contactantes domiciliares, deverá ser a quimioprofilaxia com rifampicina 10mg por kg dia por 2 dias.
- D) O diagnóstico é provavelmente de meningite bacteriana, e a conduta terapêutica é o uso de amicacina associada à ampicilina.
- E) O diagnóstico é provavelmente de meningite bacteriana pneumocócica, e a conduta terapêutica ideal é o uso de cefalosporina de primeira geração.

**18. Kátia, 6 anos está no terceiro episódio de infecção do trato urinário. Nesse último quadro, foram solicitados sumário de urina e urocultura e prescrito sulfametoxazol-trimetoprim, enquanto se aguarda o resultado dos exames.**

**Sobre as recomendações/condutas que você teria para essa paciente, é CORRETO afirmar que**

- A) se deve solicitar inicialmente a Uretrocistografia Miccional (UCM). Se a UCM for normal, deve-se realizar a ultrassonografia (USG) de vias urinárias.
- B) reavaliar a criança quanto aos sinais de falha terapêutica e possível troca do antibiótico devido ao elevado índice de resistência bacteriana ao sulfametoxazol-trimetoprim.
- C) pelos antecedentes, o agente etiológico mais provável para o caso é a *Candida albicans*, devendo-se mudar o tratamento para anfotericina.
- D) deve fazer profilaxia de novos episódios de infecção urinária com *cranberry*, pois é inquestionável a evidência do seu benefício.
- E) O primeiro exame de imagem a ser realizado nesse caso é a urografia excretora para descartar as malformações do trato urinário.

**19. A deficiência de ferro e a anemia ferropriva estão entre as mais graves e prevalentes carências nutricionais do mundo. Sobre a anemia ferropriva, assinale a alternativa CORRETA.**

- A) A anemia representa o estágio inicial da deficiência de ferro.
- B) O conteúdo de ferro corporal está dividido em compostos funcionais, compostos de armazenagem e de transporte. Cerca de três quartos desse conteúdo se constituem em compostos de armazenamento, especialmente a hemossiderina.
- C) A absorção do ferro ocorre no intestino delgado, especialmente no duodeno, e depende dos estoques corporais, dos níveis de atividade eritropoética na medula óssea e da dieta.
- D) O fígado desempenha importante função no metabolismo do ferro por meio da hepcidina, cujos níveis estão aumentados na deficiência de ferro.
- E) Na anemia ferropriva, há homogeneidade no tamanho das hemácias, resultando em microcitose com RDW normal.

**20. As anemias megaloblásticas são caracterizadas por glóbulos vermelhos maiores do que os normais. As suas principais causas estão relacionadas com déficit de ácido fólico e vitamina B12.**

**Sobre o tema, assinale a alternativa CORRETA.**

- A) A dieta deficiente em ácido fólico só precipita a anemia megaloblástica após dois anos, uma vez que os estoques desse elemento são duradouros.
- B) A deficiência de vitamina B12 não acarreta alteração no metabolismo de ácido fólico, pois esse último é adquirido por meio da dieta na forma biologicamente ativa.
- C) O teste de Schilling é utilizado para identificar a deficiência de vitamina B12 e consiste em 2 fases: a primeira avalia a má absorção, e a segunda, a deficiência de fator intrínseco.
- D) As células megaloblásticas são grandes, devido a um assincronismo núcleo citoplasmático, sendo o citoplasma grande, e o núcleo, pequeno.
- E) A dosagem de homocisteína no soro mostra-se diminuída tanto na deficiência de vitamina B12 com na de ácido fólico.

**21. O tratamento da crise hipertensiva visa prevenir os efeitos adversos da Pressão Arterial (PA) elevada, preservar a função orgânica e minimizar as complicações do tratamento.**

**Sobre o manuseio da crise hipertensiva, é CORRETO afirmar que**

- A) a redução da PA na emergência hipertensiva deve ser realizada de forma rápida e imediata para evitar riscos aos órgãos afetados (coração, SNC, rins).
- B) a urgência hipertensiva deve ser conduzida obrigatoriamente, em UTI, com monitoração dos sinais vitais e acesso venoso adequado para administração de medicamentos.
- C) quando os níveis pressóricos elevados estão associados à glomerulopatia, a administração de diuréticos (furosemida) deve, preferencialmente, fazer parte do arsenal terapêutico.

- D) os inibidores da ECA são contraindicados em pacientes com asma brônquica.  
 E) o medicamento mais utilizado para o tratamento da emergência hipertensiva é a furosemida.

**22. Milena, 14 anos tem diabetes tipo 1 há dois meses. Faz uso de insulina NPH diariamente. Vai ao ambulatório de pediatria com glicemia de jejum = 156mg/dL e Hbglicada = 8,8%. A mãe refere dificuldade de controle dietético, porque a adolescente come doces na escola.**

**Qual das complicações abaixo tem maior probabilidade de ser apresentada por ela nos próximos seis meses?**

- A) Nefropatia diabética  
 B) Neuropatia diabética  
 C) Retinopatia diabética  
 D) Cetoacidose diabética  
 E) Doença arterial dos membros inferiores

**23. Presenciar uma crise febril é emocionalmente traumático para os pais, pois a maioria acredita que seu filho está morrendo ou seu cérebro está sendo lesionado. Em relação à Convulsão ou Crise Febril (CF), assinale a afirmativa CORRETA.**

- A) Ocorre em presença de febre em crianças menores de oito anos, tem pico de incidência entre um e três meses de vida.  
 B) A temperatura axilar geralmente é superior a 39°C, e a crise epiléptica ocorre principalmente após as primeiras 24 horas da doença febril.  
 C) Pode ser dividida em crises focais ou generalizadas, de acordo com a presença ou não de meningoencefalite.  
 D) A punção lombar é mandatória nos menores de 6 meses.  
 E) As crises febris simples podem se repetir durante o mesmo episódio febril e apresentar sinais neurológicos transitórios.

**24. Joana, 7 anos apresenta "cansaço" nas últimas 12 horas. Ao exame físico, apresenta dispneia, tiragem intercostal, subcostal e de fúrcula, frequência respiratória de 44 ipm, ausculta respiratória com murmúrio vesicular diminuído, com raros sibilos. Além disso, apresenta palidez perioral, fala com dificuldade, e a oximetria de pulso revela 91% de saturação da oxihemoglobina.**

**Sua conduta é**

- A) nebulizar com beta 2 agonista e brometo de ipratrópio de 20 em 20 minutos até 1 hora, fazer hidrocortisona e ofertar O2.  
 B) nebulizar com beta 2 agonista e brometo de ipratrópio de 20 em 20 minutos até 1 hora, fazer dexametasona e internar.  
 C) nebulizar com b2, brometo de ipratrópio e budesonida, fazer prednisona por via oral e ofertar O2.  
 D) aplicar beta 2 agonista por via inalatória com espaçador de hora em hora, até a estabilização e fazer prednisolona por via oral.  
 E) aplicar beta 2 agonista por via inalatória com espaçador de hora em hora e ofertar O2.

**25. Pedro de 17 anos realizou uma radiografia de tórax para investigar queixa de tosse crônica. Ao avaliar o exame quanto à sua qualidade técnica, é CORRETO afirmar que**

- A) a penetração é adequada quando possibilita a visualização dos corpos vertebrais através do diafragma.  
 B) há ausência de rotação, quando o espaço entre as extremidades distais das duas clavículas e processos espinhosos das vértebras adjacentes estão equidistantes.  
 C) a inspiração é adequada quando os 9-10 arcos costais posteriores ou 5-7 anteriores são visualizados acima do diafragma.  
 D) a transparência é adequada quando as partes moles e os ossos dos braços são visualizados.  
 E) a posição é adequada, quando possibilita a visualização das escápulas e clavículas em ambos os hemitórax.

**26. Sérgio de 5 anos de idade tem asma. Considerando a idade do paciente, o dispositivo inalatório mais adequado para o tratamento de controle é**

- A) Aerossol dosimetrado sem espaçador.  
 B) Inalador de pó seco.  
 C) Nebulizador mecânico.  
 D) Aerossol dosimetrado com espaçador valvulado e bocal.  
 E) Nebulizador ultrassônico.

**27. Vera, lactente de 3 meses iniciou há 3 dias coriza, febre baixa, tosse e espirros. Hoje foi observado cansaço. Ao exame, dispneia leve, FR = 40ipm, hidratada, afebril, ativa, choro forte. Ausculta com MV discretamente diminuído, com estertores grossos esparsos em ambos os hemitórax. Tiragem subcostal leve. Saturação de O2 = 96%.**

**A conduta inclui**

- A) nebulização com beta 2 agonista e brometo de ipratrópio.  
 B) solução salina em narinas e elevação do decúbito.  
 C) oxigenioterapia através de cateter nasal.  
 D) aplicar beta 2 agonista através de inalador dosimetrado e espaçador.  
 E) radiografar o tórax.

**28. Assinale a alternativa que descreve CORRETAMENTE o primeiro sinal encontrado no exame físico em meninos e meninas, respectivamente, que indicam o início da puberdade.**

- A) Crescimento peniano e surgimento de pelos pubianos.
- B) Crescimento peniano e surgimento de broto mamário.
- C) Aumento testicular (superior a 3 ml) e surgimento de broto mamário.
- D) Aumento testicular (superior a 3 ml) e surgimento de pelos pubianos.
- E) Surgimento de pelos pubianos e surgimento de broto mamário.

**29. Em relação à puberdade atrasada, é CORRETO afirmar que**

- A) o cariótipo faz parte da avaliação de todos os meninos com puberdade atrasada.
- B) se caracteriza por ausência de caracteres sexuais secundários até os 14 anos nos meninos, o que corresponde a um volume testicular inferior a 4 ml.
- C) o exame da idade óssea é considerado um exame de segunda linha, sendo solicitado em casos selecionados.
- D) níveis de testosterona acima de 20 ng/dl são indicativos de início de puberdade em meninos.
- E) retardo constitucional do crescimento e puberdade não é uma condição clínica frequente nos meninos.

**30. Sobre a desordem do desenvolvimento sexual (DDS) ovariotesticular, é CORRETO afirmar que**

- A) é caracterizado pela presença, em um mesmo indivíduo, de tecidos testicular e ovariano. Os dois tecidos estão sempre presentes na mesma gônada (OVOTESTIS).
- B) é uma doença comum entre os DDS.
- C) o achado clínico mais frequente é a genitália externa masculina normal.
- D) o achado clínico mais frequente é a genitália externa feminina normal.
- E) o diagnóstico é exclusivamente histológico.

**31. Escolar de 8 anos chega ao serviço de urgência com história de olhos inchados, urina escura e em volume reduzido há 3 dias. Relatava, ainda, dor de garganta há 10 dias. Ao exame, apresentava edema palpebral bilateral e em membros inferiores. PA: 120x80 mmHg (P95: 115x76mmHg, P99: 122x83mmHg). Qual é a melhor combinação de investigação laboratorial e terapêutica para esse caso?**

- A) Sumário de urina e dosagem sérica do complemento (C3) / restrição hidrossalina e penicilina benzatina.
- B) ASO (antiestreptolisina A) e dosagem sérica do complemento (C3) / restrição hidrossalina, penicilina benzatina e furosemida.
- C) Proteinúria de 24h, dosagem sérica do complemento (C3) e ASO (antiestreptolisina A) / restrição hídrica, penicilina benzatina e enalapril.
- D) Proteinúria de 24h e albumina sérica / restrição hídrica e prednisona.
- E) Sumário de urina, relação proteína/creatinina urinária e dosagem sérica do complemento (C3) / restrição hidrossalina, prednisona e furosemida.

**32. Adolescente de 12 anos com quadro de poliartrite migratória de grandes articulações há 3 semanas, evoluindo com dispneia aos pequenos esforços, ortopneia e taquicardia há 1 semana. Ao exame, apresentava taquicardia, taquipneia, estertores finos em ambas as bases pulmonares, hepatomegalia e sopro cardíaco em foco mitral, com irradiação para axila (4+/6+). Qual exame complementar é necessário para o diagnóstico em questão, baseado nos critérios de Jones e qual terapêutica tem o objetivo de atenuar os sintomas na fase aguda?**

- A) Ecocardiograma transtorácico / penicilina benzatina
- B) Ecocardiograma transtorácico / pulsoterapia com metilprednisolona
- C) ASO (antiestreptolisina A) / penicilina benzatina
- D) ASO (antiestreptolisina A) / prednisona
- E) PCR (proteína C reativa) / prednisona

**33. Lactente de 13 meses iniciou quadro de febre que perdurou por 72h, tendo apresentado, no primeiro dia, crise epiléptica tônico-clônica generalizada com duração de 5 minutos em vigência de febre. No terceiro dia de doença, surgiram manchas em tronco que rapidamente progrediram para membros. Não recebeu as vacinas dos 12 meses. Tem antecedente de duas crises epilépticas em vigência de febre aos 7 e 9 meses. Ao exame, encontra-se afebril e com exantema maculopapular eritematoso em tronco e membros. Qual é o agente etiológico mais provável para o caso?**

- A) Parvovírus B19
- B) Coxsackie
- C) Herpes vírus humanos tipos 6 e 7
- D) Streptococcus pyogenes (beta-hemolítico do grupo A)
- E) Paramixovírus

**34. Pré-escolar de 4 anos com história de manchas roxas em todo o corpo há 24 horas. Recebeu reforço da tríplice viral há 15 dias. Ao exame, encontra-se afebril e com petéquias e equimoses disseminadas. Tem hemograma com Hemoglobina 12,5 g/dl; Leucócitos 8.500/mm<sup>3</sup>; Plaquetas 50.000/mm<sup>3</sup>. Além de orientar a família sobre o curso clínico da doença e contraindicar medicações que interfiram na coagulação sanguínea e injeções intramusculares, qual é a conduta mais apropriada para o caso?**

- A) Prednisona 2mg/kg/dia durante 15 dias
- B) Pulsoterapia com metilprednisolona 30mg/kg/dia durante 3 dias
- C) Imunoglobulina humana 1g/kg/dia durante 2 dias
- D) Imunoglobulina anti-D 50mcg/kg dose única
- E) Expectante

**35. Escolar de 7 anos, proveniente de Palmares, é levado à Unidade de Saúde da Família com história de febre, astenia, anorexia, palidez e aumento do volume abdominal há 30 dias. Refere ainda diarreia e dor abdominal intermitente. Costuma tomar banho de rio perto de sua residência. Ao exame, apresenta-se hipocorado, com fígado palpável a 4cm do rebordo costal direito e baço palpável a 8cm do rebordo costal esquerdo. Traz hemograma com Hemoglobina 8,5 g/dl; Leucócitos 18.500/mm<sup>3</sup>; Neutrófilos 65%, Eosinófilos 10%, Linfócitos 20%, Monócitos 5%, Plaquetas 90.000/mm<sup>3</sup>.**

**Qual é a melhor combinação de investigação laboratorial e terapêutica para esse caso?**

- A) Mielograma / antimoníato de N-metil glucamina
- B) Mielograma / anfotericina B lipossomal
- C) Mieloculturas pesquisa de ovos de Schistosoma mansoni nas fezes / praziquantel e cloranfenicol
- D) Hemocultura e coprocultura / oxamniquine e ampicilina
- E) Mielocultura e coprocultura / ceftriaxona

**36. O conhecimento da fisiopatologia da asma brônquica influenciou, de forma evidente, a abordagem terapêutica dessa doença na última década.**

**Baseado nos conhecimentos atuais, assinale a alternativa CORRETA.**

- A) Os corticoesteroides não são eficientes para tratar as exacerbações, devendo ser utilizados para prevenir os sintomas em longo prazo, especialmente nos casos moderados e graves.
- B) Nos eventos agudos com broncoespasmo, a SpO<sub>2</sub> (Saturação de O<sub>2</sub>) e o PFE (pico de fluxo expiratório) estão aumentados, e a capacidade de difusão do monóxido de carbono, diminuída.
- C) Nas crises agudas moderadas a graves, o corticoide sistêmico pode ser administrado por via oral ou por via parenteral, porém não há evidência que forneçam suporte à utilização de corticoides inalatórios nas crises.
- D) Nas crises agudas moderadas e graves, utilizar a aminofilina intravenosa como droga de escolha e o brometo de ipratrópio inalatório como droga coadjuvante.
- E) Na crise de asma que necessita de atendimento médico em serviços de emergência, a utilização do broncodilatador deve ser por meio de nebulização, evitando-se o inalador dosimetrado com espaçador.

**37. As infecções respiratórias agudas representam uma das cinco principais causas de óbito em crianças menores de cinco anos de idade nos países em desenvolvimento, sendo responsáveis por cerca de 3 milhões de mortes/ano. Ainda nos dias atuais, o impacto que a pneumonia exerce sobre a mortalidade infantil é preocupante, especialmente nos países em desenvolvimento.**

**Sobre o assunto, é CORRETO afirmar que**

- A) a vacina pneumocócica conjugada 10 valente tem eficácia comprovada para doença invasiva pelo pneumococo, entretanto com menor impacto na redução no número total de casos de pneumonia.
- B) diante do diagnóstico de pneumonia em uma criança com idade inferior a cinco anos, a conduta inicial deve ser o tratamento sob internamento hospitalar, com finalidade de reduzir a mortalidade.
- C) a pneumonia adquirida na comunidade (PAC), diferentemente das infecções de vias aéreas superiores, não costuma ser precedida por um quadro de infecção viral alta.
- D) a tiragem subcostal e a hipoxemia são achados frequentes na PAC, não sendo critérios para indicação de internamento hospitalar.
- E) atualmente, devido à crescente resistência dos pneumococos à penicilina, a Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza a ceftriaxona como antibiótico preferencial nos casos com necessidade de internamento.

**38. Gripe é uma doença infecciosa viral aguda, que acomete o aparelho respiratório, sendo facilmente transmitida por via aérea. É importante fazer o diagnóstico diferencial com os quadros de resfriado comum.**

**Sobre essa doença, é CORRETO afirmar que**

- A) lactentes menores de seis meses costumam apresentar 6 a 8 episódios de gripe (Influenza) por ano.
- B) lactentes com gripe podem apresentar erupção maculopapular transitória, dor abdominal, diarreia e vômitos.
- C) o tratamento sintomático com ácido acetissalicilato é indicado nos lactentes menores de um ano.
- D) lactentes menores de um ano com gripe têm indicação de antivirais bloqueadores de M2 do envelope viral (amantadina e rimantidina).
- E) em relação à prevenção, o Programa Nacional de Imunizações (PNI) preconiza a vacina contra gripe a partir dos 9 meses de idade.

**39. A Otite Média Aguda (OMA) é uma das doenças mais frequentes nas crianças. Sobre suas complicações, é CORRETO afirmar que**

- A) na perfuração timpânica, ocorre a autodrenagem da supuração do ouvido médio. Geralmente a perfuração é localizada na porção ínfero-anterior da membrana timpânica e regenera espontaneamente.
- B) alguns casos de OMA podem apresentar efusão persistente após duas semanas do início do antibiótico, e a presença desse quadro é considerada falha terapêutica.
- C) a mastoidite é uma complicação pouco comum entre os pacientes com OMA e, quando diagnosticada clinicamente, deve ser tratada com antibiótico oral.
- D) a otite média crônica secretora é uma complicação da OMA, caracterizada pela presença de efusão na orelha média por período prolongado, e seu tratamento é cirúrgico.
- E) na otite média aguda recorrente, está indicada a profilaxia com antibióticos.

**40. Quanto à classificação do recém-nascido, é CORRETO afirmar que**

- A) o método New Ballard deve ser utilizado para complementar a avaliação da idade gestacional estimada pelo obstetra, tendo maior precisão quando realizada entre 12 e 20 horas de vida.
- B) quanto ao estado nutricional, o recém-nascido pode ser classificado como eutrófico, malnutrido fetal grau I e malnutrido fetal grau II.
- C) um recém-nascido, que tem restrição de crescimento intrauterino, tem peso ao nascer abaixo do percentil 10 da curva de peso para idade gestacional.
- D) o recém-nascido prematuro pode ser classificado como imaturidade extrema (idade gestacional < 30 semanas), prematuro (idade gestacional  $\geq 30$  e < 34 semanas) e prematuro tardio (idade gestacional  $\geq 34$  e < 37 semanas).
- E) o recém-nascido grande para idade gestacional em geral pesa acima de 4000g.

**41. Um recém-nascido termo nasceu de parto vaginal, e o neonatologista, na sala de parto, identifica que ele apresenta respiração irregular e membros hipotônicos.**

**A conduta CORRETA é**

- A) prover calor, posicionar a cabeça e secar.
- B) prover calor, posicionar a cabeça, aspirar vias aéreas, se necessário, e secar por 30 segundos. Após isso, reavaliar o paciente e iniciar ventilação com pressão positiva, se necessário.
- C) prover calor, posicionar a cabeça, aspirar vias aéreas, se necessário, e secar. Reavaliar e calcular o índice de Apgar e se < 7 iniciar ventilação com pressão positiva.
- D) iniciar ventilação com pressão positiva, uma vez que o recém-nascido está com padrão respiratório irregular.
- E) prover calor e aspirar as vias aéreas, se não houver melhora imediata, iniciar ventilação com pressão positiva e massagem cardíaca.

**42. O Alojamento Conjunto (AC) diminui o risco de infecção hospitalar, reduz a ansiedade dos pais e aumenta o grau de satisfação e confiança materna. Em relação aos cuidados com os recém-nascidos em alojamento conjunto, é CORRETO afirmar que**

- A) só poderão ir inicialmente para o AC mães com boas condições clínicas que possam estar em contato com seus bebês e em condições de prestar cuidados ao seu bebê sem precisar de ajuda de terceiros.
- B) os bebês candidatos ao AC podem ter qualquer idade gestacional, desde que tenham boa vitalidade e condições clínicas.
- C) recém-nascidos com índice de Apgar menor que 7 no 5º minuto de vida, mesmo que apresentem, no momento da saída da sala de parto, boas condições clínicas, não devem ir para o AC.
- D) logo na admissão, o recém-nascido que estiver com temperatura normal deve tomar banho para ser retirado o vernix e as secreções de canal de parto, a fim de reduzir o risco de infecção.
- E) o recém-nascido pode permanecer em seu berço individual ou no leito da sua mãe, desde que permaneça em decúbito dorsal (posição prona).

**43. Recém-nascido termo, filho de mãe diabética e grande para idade gestacional, apresenta-se hipoativo e com dificuldade para amamentar no curso da sexta hora de vida, sem outras alterações no exame físico. Está em observação no berçário de alto risco, com venóclise com taxa de infusão de glicose (TIG) de 10mg/kg/min e seio materno livre. Você realiza uma dosagem de glicose capilar e está 30mg/dL. Qual a conduta CORRETA para esse paciente?**

- A) Oferecer dieta com fórmula apropriada para a idade por via oral ou por sonda orogástrica uma vez que o recém-nascido está com dificuldade para amamentar.
- B) Iniciar hidrocortisona 10mg/kg/dia de 12/12horas, intravenoso. Uma vez que o recém-nascido já está com TIG de 10mg/kg/min e, ainda, permanece com hipoglicemia sintomática.
- C) Fazer push de glicose com 200mg/kg de glicose, já que hipoglicemia é sintomática.
- D) Oferecer dieta com fórmula apropriada para idade por via oral ou sonda orogástrica, uma vez que o recém-nascido está com dificuldade para amamentar e aumentar a TIG para 11mg/kg/min.
- E) Solicitar uma glicemia sérica para confirmar o diagnóstico de hipoglicemia, pois a variação dos métodos pode justificar esse valor de glicemia capilar, evitando um aumento da TIG desnecessária a valores ainda mais elevados.

**44. Recém-nascido, filho de mãe HIV positiva que fez a profilaxia adequada para evitar a transmissão vertical do HIV no período pré-natal, perinatal e neonatal. Nasceu bem, a termo, assintomático. A mãe teve VDRL positivo na admissão para o parto 1:32 e na gestação tinha VDRL negativo no primeiro e no terceiro trimestre. Exames do recém-nascido: VDRL negativo, hemograma normal, proteína C reativa 10,0, radiografia de ossos longos normal e LCR com 21 células (90% linfócitos e 10% monócitos), 112 proteínas e VDRL negativo. Além da profilaxia para a transmissão vertical do HIV, considerando a possibilidade de sífilis neonatal, a conduta CORRETA é**

- A) realizar tratamento por 10 dias, com penicilina procaína, uma vez que não há garantia do acompanhamento desse paciente e pela associação com a possibilidade de transmissão vertical pelo HIV.
- B) realizar penicilina benzatina dose única e encaminhar para acompanhamento ambulatorial em centro especializado.
- C) realizar tratamento com penicilina cristalina por 10 dias, uma vez que o LCR está alterado.
- D) realizar FTaAbs da mãe para confirmar a infecção, pois como a investigação do recém-nascido foi normal, o VDRL da mãe pode tratar-se de falso negativo associado à própria gestação. E só, se positivo, tratar o recém-nascido.
- E) dar alta para acompanhamento ambulatorial em centro especializado.

**45. Recém-nascido com idade gestacional de 33 semanas e pesando 1.910g. A genitora foi admitida 48 horas antes do parto, por trabalho de parto prematuro. Apresentou teste rápido para HIV positivo e não sabia ser soropositiva antes desse teste. Recebeu AZT intraparto e nasceu de parto cesáreo com bolsa íntegra. A conduta CORRETA para a prescrição na sala de parto para o recém-nascido é utilizar**

- A) somente AZT na dose de 2mg/kg/dose de 12/12h, pois como tem menos que 35 semanas de idade gestacional e menos que 2000 gramas, não poderá utilizar a nevirapina.
- B) AZT 2mg/kg/dose de 6/6 horas e nevirapina 8mg/dose.
- C) AZT 4mg/kg/dose de 12/12horas e nevirapina 12mg/dose.
- D) AZT 2mg/kg/dose de 6/6horas e não fazer nevirapina, uma vez que a idade gestacional é menor que 35 semanas, e o peso é menos que 2000 gramas.
- E) AZT 2mg/kg/dose de 12/12horas e nevirapina 8mg/dose.

**46. Recém-nascido termo (idade gestacional 37 semanas e 2 dias) nasceu de parto vaginal induzido por tempo de bolsa rota prolongado (TBR 26 horas). A genitora realizou profilaxia com ampicilina em dose adequada, sendo realizadas 1 dose de ataque e 2 doses de manutenção. No momento do parto, a genitora apresentava temperatura de 38°C, e foi colhido hemograma que apresentava leucocitose, além de o obstetra ter referido achar a vagina aquecida. O líquido amniótico estava claro e sem odor fétido. O recém-nascido nasceu bem, Apgar 9 e 10, e sem nenhum sinal ou sintoma de infecção.**

**Sobre isso, qual seria a conduta CORRETA?**

- A) Iniciar penicilina G cristalina e gentamicina e solicitar hemograma, proteína C reativa (PCR) e hemocultura.
- B) Como a genitora fez profilaxia adequada para a ruptura prolongada das membranas, e o recém-nascido encontra-se sem sintomas, deve ser realizado rastreio com hemograma, PCR e hemocultura e, somente se exames alterados, iniciar antibiótico.
- C) Como a genitora fez profilaxia adequada para a ruptura prolongada das membranas e o recém-nascido encontra-se sem sintomas; este deve ser observado clinicamente por 48horas e realizar rastreio para infecção e iniciar antibiótico somente, se aparecerem sinais clínicos de infecção.
- D) Iniciar penicilina cristalina e gentamicina e solicitar hemograma, PCR, hemocultura, sumário de urina e urocultura.
- E) Iniciar penicilina cristalina e gentamicina e solicitar hemograma, PCR, hemocultura, punção lombar para coleta de LCR, sumário de urina e urocultura.

**47. Recém-nascido feminino com 8 dias de vida com queixa de icterícia. No segundo dia de vida, antes da alta da maternidade, iniciou quadro de icterícia, sendo tratada com fototerapia por 4 dias, tendo boa resposta, e recebendo alta com 6 dias de vida. Realizou teste do pezinho, e a G6PD foi normal. Dois dias após a alta hospitalar, a genitora observou piora da icterícia e procurou novamente o hospital, sem outros sinais ou sintomas. Foram colhidos os seguintes exames: hemoglobina 12,5, hematócrito 35, reticulócitos de 16,2%, bilirrubina total 25,22mg/dL, bilirrubina indireta 24,82mg/dL, classificação sanguínea da mãe do recém-nascido O positivo. Considerando as principais possibilidades diagnósticas, a conduta CORRETA é**

- A) instalar fototerapia e solicitar dosagem de G6PD, eletroforese de hemoglobina, morfologia de hemáceas e teste de fragilidade osmótica.
- B) instalar fototerapia e solicitar inicialmente dosagem de G6PD para confirmar resultado, já que é uma das causas mais comuns de anemia hemolítica. Se normal, como esse diagnóstico estará afastado, a investigação deverá ser ampliada com eletroforese de hemoglobina, morfologia de hemáceas e teste de fragilidade osmótica.
- C) instalar fototerapia e solicitar Coombs direto do recém-nascido, dosagem de G6PD, eletroforese de hemoglobina, morfologia de hemáceas e teste de fragilidade osmótica.
- D) realizar exsanguineotransfusão e antes do procedimento colher Coombs direto do recém-nascido, dosagem de G6PD, eletroforese de hemoglobina, morfologia de hemáceas e teste de fragilidade osmótica.
- E) instalar fototerapia e solicitar Coombs direto do recém-nascido, eletroforese de hemoglobina, morfologia de hemáceas e teste de fragilidade osmótica.

**48. Recém-nascido prematuro com 33 semanas e 2 dias de idade gestacional nasceu de parto cesáreo indicado por pré-eclâmpsia grave e centralização fetal. A genitora recebeu duas doses de corticoide há 1 semana, no momento do internamento por hipertensão. Realizou 4 consultas de pré-natal, tendo infecção urinária no primeiro trimestre, tratada e com urocultura de controle negativa. Ao nascer, o paciente pesou 1650 gramas e apresentou índice de Apgar 8 e 9. Apresenta-se no primeiro exame, em sala de parto com desconforto respiratório caracterizado por taquipneia (FR = 81ipm), tiragem subcostal leve, tiragem intercostal leve, saturação 92%, sem outras alterações ao exame físico.**

**Quanto ao diagnóstico e tratamento indicado para o paciente, é CORRETO afirmar que provavelmente se trata de**

- A) seps neonatal precoce e deve ser iniciado antibiótico com penicilina G cristalina e gentamicina.
- B) uma síndrome do desconforto respiratório do recém-nascido, devendo-se instalar o CPAP com FiO<sub>2</sub> de 0,6 e PEEP +5.
- C) uma taquipneia transitória do recém-nascido, devendo ser instalado CPAP com FiO<sub>2</sub> de 0,3 e PEEP +5.
- D) uma taquipneia transitória do recém-nascido, devendo ser instalado halo com FiO<sub>2</sub> de 0,4.
- E) uma síndrome de aspiração meconial, uma vez que há sinais de sofrimento intrauterinos, devendo ser iniciado antibiótico e instalado halo com FiO<sub>2</sub> de 0,5.

**49. A hipotermia terapêutica tem sido utilizada como terapia adjuvante no tratamento de crianças com asfixia perinatal. Quanto a essa modalidade terapêutica, é CORRETO afirmar que**

- A) é necessário que o paciente apresente evidência de encefalopatia moderada à severa antes de 6 horas de vida: convulsão, nível de consciência, atividade espontânea, postura, tônus, reflexos e sistema autonômico.
- B) a evidência de asfixia perinatal não pode ser constituída, apenas, de valor de Apgar menor que 5 no 10º minuto de vida.
- C) serão candidatos a realizarem a hipotermia terapêutica idealmente recém-nascidos termos, pois não há estudos que comprovem sua segurança para ser utilizado em prematuros.
- D) não deve ser permitido que a temperatura do paciente atinja valores inferiores a 34°C.
- E) o tempo de uso da hipotermia dependerá da sintomatologia do paciente, sendo importante que ele recupere-se das alterações neurológicas, antes de suspendê-las.

**50. Luana, 15 meses de idade vai ao ambulatório de pediatria, encaminhada pela enfermeira do PSF por conta do ganho de peso inadequado. A família tem condições socioeconômicas muito desfavoráveis. Após exame, o pediatra verifica que a lactente encontra-se abaixo de -3 Z score nos indicadores peso para idade e altura para idade, sem edemas.**

**Considerando-se o caso, assinale a alternativa CORRETA.**

- A) Trata-se de uma desnutrição leve.
- B) Pode-se afirmar que se trata de Kwashiorkor.
- C) A desnutrição, nesse caso, poderá interferir no sistema nervoso central.
- D) Os dados são insuficientes para diagnóstico de desnutrição.
- E) Os dados sugerem que se trata de desnutrição aguda.



### 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!**

