





**01. João, 12 anos tinha o cartão vacinal completamente atualizado até os quatro anos de idade, segundo o calendário do Programa Nacional de Imunização (PNI) da época. Nos antecedentes mórbidos, havia história de hepatite A, confirmada sorologicamente. Desde então, recebeu, aos 10 anos, uma dose da vacina tríplice viral em um dia de campanha.**

**Hoje, de acordo com o calendário do PNI e da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), ele deveria ser orientado a**

- A) receber vacina meningocócica C conjugada; vacina HPV e orientação para, aos 14 anos, receber a vacina dT; e segundo a SBP, teria a seguinte orientação: receber vacina da dengue; vacina HPV; vacina meningocócica B; vacina meningocócica ACYW conjugada, vacina contra varicela (caso não tenha tido a doença) e, aos 14 anos, a dTpa.
- B) receber vacina meningocócica C conjugada; vacina HPV e orientação para, aos 14 anos, receber a vacina dT; e segundo a SBP, teria a seguinte orientação: receber vacina HPV; meningocócica B; vacina meningocócica ACYW conjugada, vacina contra varicela (caso não tenha tido a doença) e, aos 14 anos, a dTpa.
- C) receber vacina meningocócica ACYW conjugada; vacina HPV e orientação para, aos 14 anos, receber a vacina dT; e, segundo a SBP, teria a seguinte orientação: receber vacina HPV; meningocócica B; vacina meningocócica ACYW conjugada, vacina contra varicela (caso não tenha tido a doença) e, aos 14 anos, a dTpa.
- D) receber influenza; vacina meningocócica C conjugada e orientação para, aos 14 anos, receber a vacina dT; e segundo a SBP, teria a seguinte orientação: receber vacina da dengue; HPV; meningocócica B; vacina meningocócica ACYW conjugada, vacina contra varicela (caso não tenha tido a doença) e a dTpa neste momento.
- E) receber vacina meningocócica C conjugada; vacina HPV; reforço da hepatite B e orientação para, aos 14 anos, receber a vacina dT; e segundo a SBP, teria a seguinte orientação: receber reforço da hepatite B; vacina da dengue; HPV; meningocócica B; vacina meningocócica ACYW conjugada, vacina contra varicela (caso não tenha tido a doença) e, aos 14 anos, a dTpa.

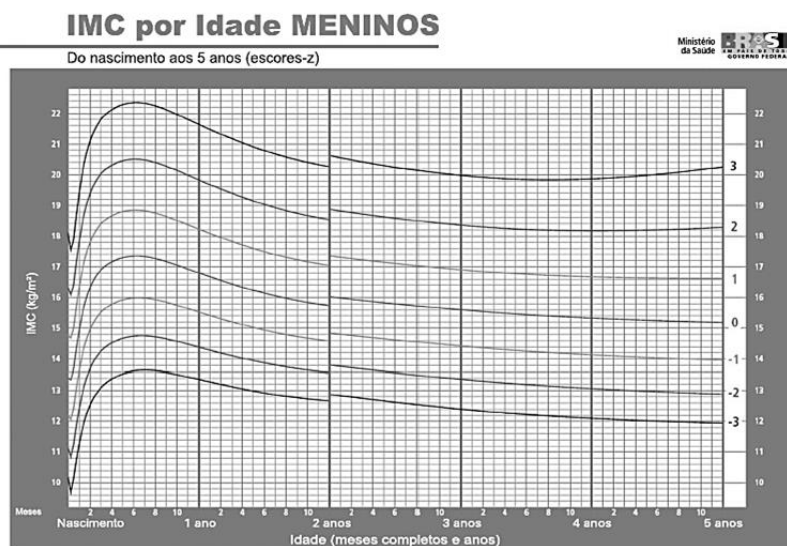
**02. "As origens do desenvolvimento da saúde e da doença (DOHaD) é o estudo de como o meio ambiente da vida inicial pode afetar o risco de doenças crônicas desde a infância até a idade adulta e os mecanismos envolvidos"**

Epigenetics and DOHaD: from basics to birth and beyond. Bianco-Miotto, et al. J Dev Orig Health Dis. 513-19; 2017.

**O principal foco de discussão desse artigo científico provavelmente será**

- A) o impacto positivo do controle das doenças infecto-contagiosas nas últimas décadas, em função dos avanços de importantes vacinas e agentes antimicrobianos.
- B) a descoberta do genoma humano no final do século passado, sendo identificados dezenas de genes relacionados à obesidade, hipertensão arterial sistêmica e diabetes tipo 2.
- C) uma análise crítica sobre a alimentação infantil, principalmente os lanches escolares, quer sejam aqueles ditos “coletivos” – fornecidos nas escolas, ou os preparados em casa, ricos em carboidratos simples e gordura saturada.
- D) um aumento do sedentarismo entre adolescentes, seja em função do uso abusivo das mídias sociais ou dos elevados indicadores de violência externa, fazendo com que as atividades esportivas sejam cada vez menos procuradas nessa faixa etária.
- E) a possível relação entre nutrição fetal e os riscos de obesidade e diabetes tipo 2 na vida adulta.

**03. A avaliação da trajetória do crescimento somático infantil é altamente dependente de curvas de referência. É imprescindível, após a aferição das medidas antropométricas, que o pediatra plote os valores encontrados em curvas, para que possamos classificar o estado nutricional da criança. Dessa forma, como podemos classificar um menino pré-escolar de 4 anos com peso atual de 21 kg e altura de 105 cm, utilizando a curva de IMC por idade da OMS?**



- A) Peso elevado para a idade
- B) Obeso
- C) Eutrófico
- D) Risco de sobrepeso
- E) Sobrepeso

Fonte: WHO Child Growth Standards, 2006 (<http://www.who.int/childgrowth/en/>)

**04. João é um pré-escolar de 4 anos, portador de Síndrome Nefrótica, diagnosticado há 35 dias, mesmo período em que se encontra internado em enfermaria de pediatria geral, fazendo uso de corticoterapia e, nos últimos 12 dias, em uso de antibioticoterapia endovenosa para tratamento de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Há um dia, ele recebeu a visita de Pedro, seu irmão mais velho e, hoje, a mãe relatou à equipe médica que, na última noite, levou Pedro a uma Unidade de Pronto-Atendimento (UPA), pois ele tinha apresentado lesões vesiculares no corpo, tendo recebido o diagnóstico de Varicela pelo Pediatra da UPA.**

**Qual a conduta a ser adotada para João, sabendo que o seu quadro clínico se encontra inalterado nos últimos dias?**

- A) Iniciar imunoglobulina antivaricela-zóster de imediato.
- B) Independente do cartão vacinal, fazer concomitantemente a vacina antivaricela e a imunoglobulina antivaricela-zóster.
- C) Aplicar somente a vacina antivaricela.
- D) Iniciar aciclovir endovenoso e fazer tanto a vacina quanto a imunoglobulina antivaricela.
- E) Iniciar aciclovir endovenoso e aplicar a imunoglobulina antivaricela.

**As questões 05 e 06 versam sobre o caso clínico abaixo:**

Lactente 10 meses, sexo feminino, residente em zona rural do Sertão Pernambucano, realizou sua primeira consulta de puericultura em Hospital Pediátrico de referência na Capital, por apresentar palidez cutâneo-mucosa importante e diarreia crônica. Menor foi prematuro de 30 semanas, peso de nascimento 1.180 gramas, permanecendo em Unidade Neonatal por aproximadamente 2 meses. Fez uso de oxigenoterapia por 10 dias, sendo 24 horas em CPAP e os demais dias em Halo. Com 30 dias de vida, apresentou uma enterocolite grave com necessidade de ressecção da parte distal do intestino delgado além do ceco e cólon ascendente. Atualmente, sua alimentação consiste em dois horários lácteos – fórmula infantil, 500 ml/dia – almoço e jantar (ambos contêm cereais, carnes e verduras) e dois lanches (frutas), todos em consistência pastosa, oferecidos de colher. Faz uso apenas de suplementação diária de ferro – 5 mg/kg/dia. Peso atual: 7,450 gramas. Apresenta-se hipocorado 3+/4+, leve icterícia em escleras e fígado a 2,5 cm do rebordo costal direito. Nenhum outro achado significativo foi encontrado no exame físico.

**05. Podemos afirmar que a mais provável causa da anemia desse lactente é secundária à**

- A) pobre ingestão de ácido fólico e/ou vitamina B12.
- B) dieta pobre em ferro e/ou suplementação medicamentosa inadequada deste.
- C) infestação por *Ascaris lumbricoides* e/ou outro helminto.
- D) ausência de aleitamento materno.
- E) síndrome do intestino curto ou encurtado.

**06. Entre os exames laboratoriais listados abaixo, todos poderão ser encontrados no paciente do caso clínico acima, EXCETO:**

- A) Níveis séricos elevados de homocisteína.
- B) Presença de corpúsculos de Howell-Jolly e anéis de Cabot.
- C) Aumento do VCM.
- D) Níveis séricos baixos do ácido metilmalônico.
- E) Desidrogenase láctica elevada.

**07. Pré-escolar 3 anos, sexo feminino, é portadora de epilepsia de difícil controle. Apresentou hipóxia perinatal grave ao nascimento. Atualmente faz uso de três anticonvulsivantes, entre eles, carbamazepina e fenobarbital.**

**Em função dessas medicações, o pediatra deverá estar atento ao maior risco de deficiência de**

- A) Vitamina D.
- B) Vitaminas A e E.
- C) Zinco.
- D) Ferro.
- E) Vitamina K.

**08.**

- ✓ “Garantir que a criança se encontra bem posicionada e confortável nos horários das refeições”;
- ✓ “Estar atento aos sinais de fome e saciedade da criança”;
- ✓ “Falar com a criança, bem como olhar em seus olhos durante as refeições”;
- ✓ “Permitir que a criança possa comer sozinha, ao menos parte das refeições, utilizando seus próprios dedos”.

**Esses são comportamentos alimentares altamente incentivados, embasados em estudos científicos recentes, os quais devem ser ensinados aos cuidadores das crianças durante o processo de introdução alimentar.**

**A essa prática ou comportamento alimentar inseridos no contexto da “Nova Pediatria/ Puericultura”, o melhor termo que podemos empregar é Alimentação \_\_\_\_\_.**

- A) Autoritária
- B) Indulgente
- C) Cognitivo-comportamental
- D) Permissiva
- E) Responsiva

09. “Na Ciência Contemporânea, não há mais espaço para o Pensamento Reducionista/ Mecanicista do século passado, de tal sorte que o Pensamento Complexo deverá estar cada vez mais enraizado na formação dos profissionais de saúde. O pressuposto da complexidade reconhece que a simplificação obscurece as inter-relações dos fenômenos do universo. É a mudança de perspectiva das partes para o todo (holística, ecológica ou pensamento em rede)”

Capra, 2014.

**Ao vislumbrarmos o Aleitamento Materno (AM), inserido no Pensamento Complexo, em qual das inter-relações no processo saúde-doença listadas abaixo, esse alimento encontra-se respaldado em evidências científicas fortes?**

- A) Rico em vitaminas essenciais como o complexo linoleico e linolênico, o AM contribui para um bom desenvolvimento da retina, e, dessa forma, como um fator importante na prevenção de transtornos visuais precoces.
- B) Presentes em altos níveis no leite materno, citocinas pró-inflamatórias, como a interleucina 10, poderão reduzir o risco de desenvolvimento de atopia, principalmente asma e eczema.
- C) O elevado teor proteico e uma menor quantidade de lipídios, características marcantes do leite materno, trará um impacto positivo na redução de excesso de peso futuro, sendo essa relação inversamente proporcional ao período do AM exclusivo em lactentes.
- D) A presença do ácido docosa-hexaenoico (ARA) no leite materno tem sido associada como um dos maiores protetores dos níveis pressóricos na infância e idade adulta.
- E) A complexidade de nutrientes presentes no leite materno, entre os quais os oligossacarídeos, faz do AM um importante modificador da flora intestinal dos lactentes, com provável redução do número de infecções intestinais.

**10. Em toda consulta de puericultura, o Pediatra deverá estar atento à presença de importantes marcos do desenvolvimento da criança. A ausência destes deverá ser interpretada como um sinal de alerta para algum transtorno do desenvolvimento infantil.**

**Diante disso, qual das aquisições abaixo é esperado que a maioria dos lactentes com 5 meses de idade execute?**

- A) Sentar-se sem apoio
- B) Transferir objetos de uma mão para a outra
- C) Localizar sons
- D) Segurar um pequeno objeto, usando o polegar e o indicador
- E) Levantar-se com apoio

**11. Recém-nascido com 33 semanas e 4 dias de idade gestacional nasceu de parto vaginal induzido por pré-eclâmpsia materna. Nasceu bem com Apgar 8 e 9. Logo após o nascimento, evoluiu com desconforto respiratório. Genitora fez pré-natal com 9 consultas e não apresentou outras intercorrências. Exame físico: dispneia caracterizada por tiragem subcostal e intercostal, gemência e batimento de asa do nariz. Ausculta com pulmões hipoexpandidos bilateralmente e sem ruídos adventícios. Frequência respiratória de 68 ipm e Saturação pré e pós-ductal de O<sub>2</sub> 89%. São achados sugestivos dessa condição clínica na radiografia de tórax:**

- A) Retificação de arcos costais e infiltrado linear peri-hilar.
- B) Área cardíaca aumentada e evidenciação da cissura interlobar à direita.
- C) Broncograma aéreo e infiltrado grosseiro difuso.
- D) Atelectasias lobares e enfisema pulmonar.
- E) Infiltrado retículo granular fino e difuso e borramento da silhueta cardíaca.

**12. A doença exantemática é definida como doença infecciosa sistêmica em que manifestações cutâneas acompanham o quadro clínico, gerando dificuldade diagnóstica.**

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

- A) A escarlatina ocasionada pelo *Streptococcus pyogenes*, produtor de toxina eritrogênica, cursa com exantema eritematoso formado por pápulas pequenas, evoluindo com descamação que poupa a região palmoplantar.
- B) O exantema súbito é causado pelos *herpesvírus* humanos tipos 6 e 7, acometendo, preferencialmente, lactentes maiores de 6 meses e cursando com febre por 3-5 dias, seguida por exantema maculopapular eritematoso fugaz mais intenso do centro para a periferia.
- C) A rubéola adquirida é doença benigna e autolimitada, mas pode raramente evoluir com infecções bacterianas, púrpura trombocitopênica, pneumonite e panencefalite esclerosante subaguda.
- D) O sarampo tem pródromos que duram 3-5 dias, caracterizados por febre alta, coriza, tosse, conjuntivite e sinal de Koplik (patognomônico da doença), seguidos de exantema, momento em que tem início o período de transmissibilidade.
- E) O eritema infeccioso é causado pelo *parvovírus B19* e cursa com período prodromico, marcado por febre e adenomegalia retroauricular, seguido de exantema macular rendilhado mais intenso nas raízes dos membros e face.

**13. A Febre Reumática ainda é uma doença muito comum no nosso meio e com graves repercussões. Para seu diagnóstico, são utilizados os critérios de Jones, que foram revisados em 2015.**

**De acordo com esses critérios, é CORRETO afirmar que**

- A) em populações de alto risco, a presença de 3 critérios menores associada à evidência de estreptococcia é suficiente para o diagnóstico do primeiro surto da doença.
- B) em populações de baixo risco, poliartralgia (após exclusão de outras causas) é um dos critérios maiores.
- C) eritema marginado e nódulos subcutâneos tornaram-se critérios menores devido à sua baixa prevalência.
- D)  $VHS \geq 30$  mm/1ª hora e/ou  $PCR \geq 3$  mg/dl são critérios menores em populações de alto risco.
- E) a Coreia nos novos critérios de Jones deixou de ser considerada um critério maior.

**14. Em relação à Doença de Kawasaki, é CORRETO afirmar que**

- A) a forma incompleta da doença ocorre, principalmente, em crianças pequenas e caracteriza-se pela ausência de febre.
- B) perda auditiva neurossensorial é uma das complicações mais frequentes da doença.
- C) a imunoglobulina endovenosa deve ser administrada o mais precocemente possível, de preferência até o 5º dia de doença.
- D) ecocardiograma é um exame essencial para o seu diagnóstico.
- E) as linhas de Beau são um sinal precoce e auxiliam no diagnóstico.

**15. Escolar de 9 anos, sexo feminino é internada com queixa de febre há 2 semanas, associada a manchas avermelhadas em face e porção superior de tronco. Genitora refere que a menor está se queixando de dores articulares há 1 mês e que, em alguns momentos, percebeu edema em joelhos e tornozelos. Refere ainda alopecia. No exame físico, foi percebido artrite em joelhos, lesões eritemato-violáceas em face e tronco e lesões avermelhadas em palato.**

**Quais exames devem ser solicitados para auxiliar no diagnóstico?**

- A) Hemograma, Fator reumatoide e Anti-DNA
- B) Função renal, Células LE e hemograma
- C) Hemograma, FAN e Células LE
- D) Fator reumatoide, HLA-B27 e FAN
- E) Hemograma, FAN e Anti-DNA

**16. Escolar de 7 anos, sexo masculino vem à emergência com queixa de lesões arroxeadas em MMII há 5 dias e, há 3 dias, está com dor e edema em tornozelo D, sem conseguir andar. Nega febre. Há 2 dias, está sem apetite e queixa-se de dor abdominal persistente, de forte intensidade, sem alteração nas evacuações. No exame físico, foram percebidas lesões purpúricas elevadas em pernas e artrite de tornozelo D. O abdome está doloroso difusamente, sem defesa de parede e sem massas palpáveis.**

**Qual sua hipótese diagnóstica mais provável e tratamento?**

- A) Trombocitopenia imune primária (PTI) – Imunoglobulina endovenosa
- B) Púrpura de Henoch-Schönlein – Corticoterapia
- C) Poliarterite nodosa – Corticoterapia
- D) Púrpura de Henoch-Schönlein – Laparotomia exploradora
- E) Trombocitopenia imune primária (PTI) – Corticoterapia

**17. Paciente de sete anos de idade, previamente hígido é levado à emergência pediátrica com história de urina cor de guaraná há 3 dias, edema em face e cefaleia há 2 dias. Refere vacinação há um mês e episódio de infecção de vias aéreas que necessitou de benzetacil há 20 dias. Ao exame físico, apresentava-se hidratado, hipocorado, acianótico, anictérico, fáceis de dor por cefaleia, com edema em pálpebras, abdome e membros inferiores; ausculta respiratória e cardíaca normais com frequência respiratória de 30 irpm e frequência cardíaca de 144 bpm; pressão arterial de 135 x 83 mmHg; Abdome com edema de parede abdominal, fígado palpável a 4 cm do RCD e doloroso.**

**Qual a conduta inicial para esse paciente na emergência pediátrica?**

- A) Hidroclorotiazida e prednisona; solicitar ASLO, hemograma, proteinúria de 24h e albumina.
- B) Hidralazina e prednisona; solicitar proteinúria de 24h, colesterol total, C3 e albumina.
- C) Restrição hídrica, dieta hipossódica furosemida e hidralazina; solicitar sumário de urina, função renal e C3.
- D) Dieta hipossódica, restrição hídrica e anlodipino; solicitar ASLO, C3 e sumário de urina.
- E) Anlodipino e furosemida; solicitar hemograma, sumário de urina, albumina e função renal.

**18. Lactente de 1 ano e 10 meses de idade apresentava edema há 10 dias, iniciado em face e progredido para todo o corpo, procurou pediatra que solicitou os seguintes exames: Hb 10,3 e Ht 30%, 6500 leucócitos com diferencial normal, plaquetas de 345 mil; Albumina de 2,3g/dL, Ureia de 18, Creatinina de 0,4, Potássio 4, Sódio 130, Reserva alcalina 22; Sumário de urina com densidade 1010, pH de 5,5; Glicose ausente, Bilirrubinas ausente; Nitrito negativo; Proteínas 3+; Hemácias 3 por campo; Leucócitos 4 por campo; Bactérias ausentes. Sobre a principal hipótese diagnóstica, assinale a alternativa CORRETA.**

- A) Linfoma não-Hodgkin, sífilis e diabetes representam causas secundárias dessa patologia.
- B) O tipo membranoproliferativo representa o segundo tipo mais comum dessa entidade.
- C) O edema intenso, mole, frio e depressível é frequente e fundamental para o diagnóstico.
- D) A glomerulonefrite rapidamente progressiva é um diagnóstico diferencial importante.
- E) São observados hipoalbuminemia, diminuição da fração alfa2 globulina e IgG muito baixa.

**19. Recém-nascido a termo com 20 horas de vida, do sexo masculino, nascido de parto vaginal sem intercorrências, foi transferido para um hospital terciário, por genitora apresentar ultrassonografia obstétrica evidenciando feto com hidronefrose bilateral e ao exame físico do paciente, foi palpado bexiga de consistência endurecida.**

**Qual o principal diagnóstico a ser considerado?**

- A) Rim multicístico displásico
- B) Estenose de junção ureterovesical bilateral
- C) Bexiga neurogênica não neurogênica
- D) Válvula de uretra posterior
- E) Duplicação pielocalicial

**20. Lactente de 8 meses de idade, sexo feminino, foi levado à unidade de pronto atendimento por apresentar febre de 39,6 ° C há 3 dias. Negava sintomas respiratórios, gastrointestinais e urinários. O exame físico completo foi normal. Foram solicitados exames: Hemograma – Hb 11,5 e Ht 34% - Leucócitos 8700 – Neutrófilos 58%- Linfócitos 34% - Eosinófilos 1%-Monócitos 8%; Sumário de Urina – pH 5,5 - d1015; Proteínas 1+; Glicose, Estearase e Nitrito negativo; Bactérias presentes; 15 leucócitos por campo e 7 hemácias por campo.**

**Qual a conduta mais adequada?**

- A) Solicitar radiografia de tórax e verificar cartão de vacina.
- B) Solicitar urocultura e iniciar tratamento ambulatorial com cefalexina.
- C) Solicitar LCR, cultura de sangue periférico e radiografia de tórax.
- D) Solicitar ultrassonografia renal, urocultura e internar com ceftriaxone injetável.
- E) Solicitar LCR, hemocultura, urocultura e radiografia de tórax e internar.

**21. Nas últimas décadas, houve significativo incremento na prevalência da hipertensão arterial na população pediátrica, sendo de grande relevância uma maior atenção médica na avaliação da Pressão Arterial (PA) nas crianças e adolescentes.**

**Sobre hipertensão arterial na pediatria, assinale a alternativa CORRETA.**

- A) A pressão arterial deve ser aferida na consulta de rotina ambulatorial a partir dos 4 anos.
- B) A determinação dos percentis de PA considera idade, sexo e percentil de estatura e peso.
- C) O manguito deve possuir largura correspondente a 40% da circunferência do braço.
- D) Tomografia de crânio pode ser indicada na investigação inicial dos pacientes com HAS.
- E) Recomenda-se aferir a PA em posição sentada com braço sustentado nos menores de 3 anos.

**22. No Brasil, a transmissão da dengue vem ocorrendo de forma continuada, desde 1986, intercalando-se com a ocorrência de epidemias, geralmente associadas com a introdução de novos sorotipos em áreas anteriormente indenes ou alteração do sorotipo predominante. O maior surto no Brasil ocorreu em 2013, com aproximadamente 2 milhões de casos notificados.**

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

- A) Em crianças pequenas, o início da doença pode passar despercebido, e o quadro grave ser identificado como a primeira manifestação clínica.
- B) Em relação a outras arboviroses, apresenta menos artralgia que a chikungunya e mais sangramento que a zika.
- C) Pacientes sem sinais de alarme (grupos A e B) devem receber hidratação oral com volume calculado a depender do peso, sendo indicado que 1/3 desse volume seja soro de reidratação oral e o restante oferecido pela oferta de água, sucos e chás.
- D) A presença de qualquer sinal de alarme indica reposição volêmica venosa imediata com SF 0,9% 20 ml/kg em 2 horas com reavaliação clínica e laboratorial (hematócrito) ao término.
- E) Pacientes com sinais de choque, sangramento grave ou disfunção grave de órgãos devem receber imediatamente expansão rápida parenteral com solução salina isotônica 20 ml/kg em até 20 minutos que pode ser repetida até três vezes.

**23. Todas as gestantes e seus parceiros devem ser investigados para IST e informados sobre a possibilidade de prevenção da transmissão para a criança, especialmente de HIV/aids, sífilis e hepatite viral B. O diagnóstico precoce (com o uso de testes rápidos) e a atenção adequada no pré-natal reduzem a transmissão vertical. A respeito da prevenção da transmissão vertical de HIV, assinale a alternativa CORRETA.**

- A) Logo após o nascimento, o RN deve ser limpo com compressas macias, retirando todo o sangue e as secreções visíveis e encaminhado imediatamente, para banho com água corrente ainda na sala de parto.
- B) A aspiração de vias aéreas não deve ser realizada devido ao risco de traumatismo em mucosas.
- C) Iniciar a primeira dose de zidovudina solução oral nas primeiras 12 horas após o nascimento, devendo ser mantido o tratamento durante as primeiras quatro semanas de vida.
- D) A nevirapina está indicada em crianças expostas ao HIV cujas mães não fizeram uso de antirretroviral durante o pré-natal ou não têm carga viral menor que 2.000 cópias/mL documentada no último trimestre de gestação ou tem o diagnóstico de sífilis.
- E) O aleitamento cruzado (amamentação da criança por outra nutriz) pode ser autorizado, desde que a outra nutriz tenha sorologia negativa para HIV no último trimestre de gestação.

**24. FSV, 50 dias de vida, com história de tosse há 10 dias evidenciou piora nas últimas 48 horas apresentando episódios de cianose e vômitos após acessos de tosse paroxística. Exame físico do aparelho respiratório com taquipneia leve e raros estertores finos difusos. Restante do exame físico normal. Sobre isso, assinale a alternativa CORRETA.**

- A) O diagnóstico diferencial desse caso inclui traqueobronquite, laringite, *Chlamydia trachomatis*, *Bordetella parapertussis*, *Mycoplasma pneumoniae*, adenovírus e vírus sincicial respiratório.
- B) Leucograma sugestivo da doença apresenta leucocitose acima de 50 mil leucócitos/mm<sup>3</sup> com linfocitose relativa (60-80%) e absoluta, geralmente acima de 20 mil linfócitos/mm<sup>3</sup>.
- C) O diagnóstico específico da doença é realizado através do isolamento da bactéria pela cultura de material colhido de nasofaringe antes do início do antibiótico, não havendo positividade, se a coleta ocorrer em vigência de antibioticoterapia.
- D) O tratamento pode ser realizado com azitromicina (5 dias) ou claritromicina (7 dias), porém essas medicações são contraindicadas em menores de um mês de idade devido ao risco de síndrome de hipertrofia pilórica.
- E) Na fase de convalescença, a tosse comum pode persistir por até três meses, mas o reaparecimento de paroxismos não deve ocorrer e indica novo curso de antibiótico.

**25. A doença meningocócica, apesar da sua baixa prevalência atual no Brasil, tem elevado potencial de morbidade e mortalidade e, portanto, seu tratamento deve ser instituído precocemente. Assinale a alternativa CORRETA a respeito dessa doença.**

- A) A *Neisseria meningitidis* é um diplococo gram-positivo, aeróbio que é classificado em diferentes sorogrupos, sendo os principais responsáveis pela ocorrência de doença invasiva o A, B, C, W, X e Y.
- B) Em todas as formas clínicas de doença meningocócica, podem ser observados febre, cefaleia, vômitos, calafrios, letargia, dor muscular e petéquias.
- C) A meningococemia isolada é a forma clínica mais frequente e mais grave de doença meningocócica e se distingue das demais pela ausência de sinais de irritação meníngea.
- D) A meningite meningocócica é distinguível de outras meningites bacterianas (*Streptococcus pneumoniae* e *Haemophilus influenzae*) devido à ocorrência de petéquias.
- E) Os antibióticos recomendados são ampicilina ou ceftriaxone, devendo-se evitar a penicilina cristalina devido à elevada resistência desenvolvida pela *N. meningitidis*.

**26. JSL, 10 anos, natural e procedente da Zona da Mata de Pernambuco, relata febre, astenia, perda de peso e aumento de volume abdominal há 3 semanas. Vem apresentando diarreia e vômitos intermitentes há 10 dias. Ao exame, observa-se palidez (2+/4+) e fígado a 4 cm do rebordo costal direito e baço a 6 cm do rebordo costal esquerdo. Sobre isso, assinale a alternativa CORRETA.**

- A) Se houver epidemiologia positiva para esquistossomose e eosinofilia no hemograma, deve-se pensar em enterobacteriose septicêmica prolongada e prosseguir investigação com mielocultura e pesquisa de ovos de *Schistosoma* através de biópsia retal.
- B) Febre tifoide deve fazer parte do diagnóstico diferencial desse caso, e o exame padrão-ouro para seu diagnóstico é a reação de Widal que, sendo positiva, autoriza o início do tratamento com cloranfenicol.
- C) Hemograma com pancitopenia pode ser observado na leishmaniose visceral ou leucemia linfóide aguda, e o mielograma é capaz de diferenciar as duas doenças.
- D) Os testes rápidos imunocromatográficos pesquisam anticorpos contra *Leishmania*, e seus títulos negativam ao término de um tratamento bem sucedido.
- E) No Brasil, o fármaco de primeira escolha para o tratamento da leishmaniose visceral é o antimoniato de N-metil glucamina, exceto em algumas situações nas quais se recomenda a anfotericina B lipossomal, como em pacientes infectados pelo HIV, portadores de insuficiência renal e menores de dois anos.



**27. Criança de 05 anos evoluindo com polidipsia, polifagia e poliúria há 15 dias. Nas últimas 24 horas, apresenta náuseas, vômitos e dor abdominal de forte intensidade. Genitora refere perda de peso não quantificada. Na admissão da emergência, apresentava-se com estado geral regular, irritada, sonolenta, taquidispneica com FR de 48 ipm e presença de retrações intercostais, FC 148 bpm, pulsos finos, abdome doloroso difusamente sem sinais de irritação peritoneal, saliva espessa com turgor diminuído e temperatura axilar de 37,9 ° C. Os exames colhidos na admissão mostravam glicemia 480mg/dl, sódio 130 mEq/L, potássio 6,7 mEq/L, gasometria arterial com Ph 7,15, PCO2 22mmHg, HCO3 8 mEq/L, cloreto 99 mEq/L. Sumário de urina com Ph 6,0, nitrito negativo, leucócitos 5 a 6 p/c, cetonúria +++; Leucograma com 18100 leucócitos, neutrófilos 80%, linfócitos típicos 19%, monócitos 1%, leucócitos morfológicamente conservados.**

**Considerando o principal diagnóstico para o paciente, assinale a alternativa que indica a conduta CORRETA.**

- A) O edema cerebral é uma complicação rara, porém com elevada morbimortalidade. Dentre os fatores de risco para o seu desenvolvimento, estão a hiperidratação, a reposição de bicarbonato e a hiperglicemia acentuada na admissão.
- B) O uso da resina de troca, Poliestirenosulfonato de Cálcio (Sorcal®), deve ser iniciado na primeira hora, para prevenir as complicações cardiovasculares decorrentes da hiperpotassemia.
- C) A reposição de bicarbonato de sódio deverá ser feita de forma lenta, juntamente com a expansão inicial, para corrigir a acidose metabólica, utilizando-se a fórmula (Bic para reposição = Bic Desejado – Bic encontrado X 0,3X peso).
- D) O uso de antibiótico está indicado no caso analisado pela presença de febre e leucocitose, elementos indicativos de infecção bacteriana no menor.
- E) A insulina NPH deve ser iniciada na primeira hora, de preferência em Bomba de infusão contínua, sempre que disponível, e ajustada de acordo com a glicemia capilar.

**28. Criança com 03 anos de idade, vítima de queimadura por álcool durante acendimento de fogueira. Na admissão, apresentava queimaduras de 1º grau em tronco anterior e queimaduras de 2º grau em face posterior do antebraço esquerdo, região hipogástrica e região genital.**

**Sobre o tratamento da queimadura, assinale a alternativa CORRETA.**

- A) Ao avaliarmos a extensão da queimadura, devemos considerar as lesões de primeiro, segundo e terceiro grau.
- B) Queimaduras acometendo mais de 10 % da superfície corpórea, queimaduras circunferenciais e em face são situações que indicam a necessidade de internação hospitalar.
- C) O paciente avaliado tem indicação de internamento hospitalar, por apresentar queimaduras de segundo grau em região genital.
- D) A sepse é a principal causa de morte nas crianças queimadas, sendo indicado o uso de antibiótico profilático nas queimaduras que acometem mais de 15 % de superfície corpórea.
- E) O controle da hidratação é fundamental no paciente queimado. O uso de coloides está indicado no período de ressuscitação aguda, sempre que disponível.

**29. Criança com 07 anos e história de vômitos e diarreia há 24 horas. Apresentou 04 episódios de vômitos e 10 episódios de evacuações líquidas, sem muco ou sangue. Genitora referia última diurese há 6 horas. Admitido na emergência com regular estado geral, irritada, mucosas secas, turgor pastoso, enftalmia, choro sem lágrimas, pulso fino, FC 148 bpm, tempo de enchimento capilar de 4 segundos.**

**Considerando os seus conhecimentos sobre a desidratação aguda na criança, assinale a alternativa CORRETA.**

- A) De acordo com a OMS, a família analisada deve ser orientada a aumentar a oferta de líquidos para a criança e oferecer Soro de Reidratação Oral – SRO, conforme sua aceitação, após cada evacuação ou vômito, devendo ser orientada a retornar à emergência em até 24 horas, para reavaliação.
- B) A presença de vômitos contraindica o uso da via oral, devendo ser iniciada a terapia de reposição por via venosa, com SF 0,9% ou Ringer Lactato, até ocorrer a melhora clínica.
- C) A reparação inicial das perdas deve ser realizada sob monitorização da equipe de saúde, sendo oferecido SRO, respeitando-se a sede e a aceitação da criança. A reversão dos sinais de desidratação deve ocorrer nas primeiras 12 horas do atendimento.
- D) Durante a fase de reparação das perdas, deve-se suspender o aleitamento materno e a alimentação por até 04 horas, para evitar a recorrência dos vômitos.
- E) A hidratação venosa está indicada nas situações em que a via oral está inviabilizada como na alteração do estado de consciência, no íleo paralítico, na desidratação grave, no choque ou na falha da hidratação oral ou por sonda nasogástrica.

**30. Criança com 8 anos de idade, evoluindo com disúria e dor em região supra púbica há 72 horas. Há 24 horas, com febre recorrente, diminuição do apetite e astenia. No exame admissional, apresentava um estado geral regular, sonolenta, taquipneica com FR 24 ipm, taquicárdica com FC 148 bpm, extremidades frias e com perfusão lentificada em 5 segundos, temperatura axilar 37.8 °C. Sem tensiômetro para aferição da pressão arterial. O Hemograma colhido revelou uma Hb 10.6g/dl, Leucócitos totais 18.000, Bastões 5%, segmentados 78%, linfócitos típicos 14%, monócitos.**

**Com base nessas informações e no seu conhecimento sobre sepses pediátrica, assinale a alternativa CORRETA.**

- A) A sepsse em pediatria é definida pela presença da Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica (SRIS), associada ou consequente a uma infecção bacteriana, confirmada por culturas, pesquisa sorológica ou PCR.
- B) Para o diagnóstico do choque séptico em criança, não há necessidade de hipotensão arterial, achado tardio nessas crianças, indicativo de choque descompensado.
- C) O tratamento inicial inclui a manutenção das vias aéreas pérvias, oferta de oxigênio suplementar e expansão com soro glicosado a 5%, 20 ml/Kg.
- D) O uso de drogas vasoativas deve ser indicado nos pacientes com hipotensão arterial definida como PA menor que o Percentil 5 para a idade, ou pressão arterial sistólica menor que 2 desvios-padrões para a idade.
- E) O início do antibiótico deve ser postergado até a coleta da hemocultura, para evitar interferência no resultado desse exame. 03 hemoculturas devem ser coletadas, preferencialmente, de sítios diversos.

**31. Criança com 7 anos de idade admitida na emergência com tosse e dispneia há 2 horas. Passado de crises de sibilância recorrentes desde os 5 anos, com atendimentos mensais em urgências e um internamento em UTI há 6 meses com necessidade de ventilação mecânica. Fazendo uso irregular de corticoide inalatório intercrises. Pai com história de asma na infância. Apresentava um regular estado geral, fala entrecortada, ansiosa, dispneica, murmúrio vesicular diminuído globalmente, raros sibilos, tempo expiratório prolongado, retrações intercostais, subcostal e batimento de asa de nariz. Oximetria de pulso com SatO2 90%.**

**Sobre a crise de asma aguda, assinale a alternativa CORRETA.**

- A) A história prévia de asma grave requerendo entubação ou ventilação mecânica, 3 ou mais atendimentos em urgência ou duas ou mais internações hospitalares no último ano e o uso inadequado do corticosteroide inalatório são fatores de risco para uma crise de asma grave ou fatal.
- B) O corticosteroide está indicado nos pacientes que não respondem à terapêutica inicial com broncodilatador na primeira hora ou naqueles com risco de uma exacerbação grave. O uso venoso oferece melhor ação e deve ser preconizado sempre que disponível.
- C) Sempre que disponível, o brometo de ipratrópio deve ser associado ao beta-2 – agonista para o tratamento das crises de asma. Dentre os benefícios dessa associação, temos um menor tempo de permanência na emergência e uma redução no número de nebulizações requeridas pelo paciente.
- D) O sulfato de magnésio não demonstrou benefícios no tratamento de emergência da crise aguda grave de asma, devendo ser evitado por causa dos seus efeitos colaterais graves sobre o aparelho cardiocirculatório.
- E) O uso do beta-2 – agonista constitui a primeira linha de tratamento da crise de asma. Os estudos atuais não mostram diferença de ação no uso do beta-2 – agonista por via oral, por aerossol dosimetrado ou por micronebulização.

**32. Lactente de 8 meses evoluindo há 3 meses, com história de vômitos pós-alimentares e regurgitações, acompanhado de irritabilidade com choro frequente, dificuldade para dormir e tosse eventual. Tem história de 2 episódios de sibilância aos 4 e 7 meses, tratados com beta-2 –adrenérgicos. Ao exame físico, chama atenção o baixo peso para a idade, sendo constatada uma retificação na curva de crescimento a partir do sexto mês de vida. Aleitamento materno exclusivo por 6 meses. Sem outras queixas no interrogatório sintomatológico. Mãe e irmão de 10 anos com histórico de asma.**

**Considerando a história e o seu conhecimento sobre o assunto, assinale a alternativa CORRETA.**

- A) Dentre os principais diagnósticos diferenciais, devemos descartar a Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE), a intolerância à lactose e anomalias anatômicas, como a má rotação intestinal.
- B) Dentre as principais manifestações clínicas da DRGE, temos: regurgitações, vômitos, choro excessivo, irritabilidade, sono agitado, recusa alimentar, desnutrição, rouquidão, estridor intermitente, tosse, broncoespasmo e a Síndrome de Sandifer.
- C) O Refluxo Gastroesofágico Fisiológico (RGE) é comum nos lactentes, sendo um diagnóstico de exclusão depois de afastada a DRGE pela USG esofagogástrica com pesquisa de refluxo e, sempre que possível, a PHmetria esofágica.
- D) A identificação do refluxo do conteúdo gástrico para o esôfago comprova o diagnóstico da DRGE e pode ser obtida pela Radiografia contrastada de esôfago, estômago e duodeno, pela USG esofagogástrica ou pela Cintilografia gastroesofágica com pesquisa de refluxo.
- E) A orientação aos pais, as mudanças dos hábitos de vida e a terapia medicamentosa com o uso de procinéticos e inibidores de bomba de prótons estão indicadas nos casos de refluxo gastroesofágico confirmados.

**33. Sobre a apresentação e evolução da doença celíaca na criança, assinale a alternativa CORRETA.**

- A) A doença celíaca possui quatro formas de apresentação: clássica ou típica, não clássica ou atípica, assintomática ou silenciosa e potencial, estando diretamente relacionadas ao grau de comprometimento da mucosa do intestino delgado.
- B) A baixa estatura, anemia por deficiência de ferro refratária à ferroterapia oral, anemia por deficiência de folato e vitamina B12, constipação intestinal refratária ao tratamento, atraso puberal, irregularidades do ciclo menstrual, cefaleia, miopatia, dermatite herpetiforme e distensão abdominal são algumas das manifestações vistas nas formas atípicas da doença.
- C) Na forma potencial da Doença, temos a presença de alterações histológicas na mucosa intestinal, sem alterações sorológicas ou clínicas associadas, ao passo que a forma assintomática apresenta alterações histológicas e sorológicas com ausência de quaisquer manifestações clínicas.
- D) A presença dos marcadores sorológicos- anticorpo antiendomísio da classe IgA, anticorpo antitransglutaminase da classe IgA e o anticorpo anti gliadina desamidada da classe IgA e IgG- confirmam o diagnóstico da Doença Celíaca e autorizam o início do tratamento.
- E) A presença de um parente até o segundo grau com Doença celíaca ou com outras doenças autoimunes como diabetes melito insulino-dependente, alopecia areata, deficiência seletiva de IgA, miocardite autoimune e tireoidite de Hashimoto aumentam o risco para o paciente desenvolver Doença Celíaca.

**34. Criança, 5 anos de idade e história de fezes endurecidas, com evacuação a cada 4 dias, dolorosa, com esforço e presença de fezes em cíbalos. Genitora refere início das queixas por volta de 03 anos de idade, época em que iniciou a transição das fraldas. Sem outras queixas no interrogatório sintomatológico. O exame clínico evidenciou uma criança eutrófica, chamando a atenção apenas a presença de fezes endurecidas palpáveis em QIE do abdome e a presença de fezes endurecidas ao toque retal.**

**Sobre a constipação intestinal na infância, assinale a alternativa CORRETA.**

- A) Por se tratar de um diagnóstico de exclusão, é necessária a investigação clínica para afastar patologias como alterações anatômicas, doenças metabólicas, neurológicas e musculares, antes de se estabelecer o diagnóstico de constipação funcional.
- B) Dentre os sinais e sintomas de alerta para o paciente com constipação intestinal, temos: o retardo na eliminação do mecônio ao nascimento, o início da constipação no primeiro mês de vida, déficit no crescimento, fistula perianal, posição anormal do ânus e depressão ou tufo de pelo em região sacral.
- C) A incontinência fecal por retenção pode, muitas vezes, ser confundida pelos pais como diarreia e indica a existência de patologia funcional do trato digestivo.
- D) Quando houver fecaloma ou impactação fecal, o esvaziamento do reto e do colo deve ser precedido da realização de um enema opaco para avaliação de zonas de transição.
- E) Além da prática de atividades físicas, do aumento da ingestão de água e do consumo de fibras, o tratamento com enema retal deve ser iniciado de imediato e mantido por um mínimo de 3 meses.

**35. Lactente com 8 meses levado à emergência pela queixa materna de "coração acelerado" há 2 horas. Genitora refere que o menor apresentou quadro semelhante há 15 dias. Ao exame, apresenta-se com bom estado geral, afebril, eupneico, taquicárdico com FC de 230 bpm, pulsos periféricos cheios, tempo de enchimento capilar de 2 segundos, abdome sem visceromegalias.**

**Diante do quadro apresentado e das possibilidades diagnósticas, assinale a alternativa CORRETA.**

- A) A realização do ECG é fundamental para o diagnóstico diferencial. A presença de um complexo QRS estreito, com intervalo R-R invariável e um eixo de onda P anormal sugerem o diagnóstico de Taquicardia Ventricular.
- B) Em pacientes hemodinamicamente estáveis, a adenosina em push intravenoso rápido é o tratamento de escolha para a Taquicardia supraventricular- TSV- pelo rápido início de ação e mínimos efeitos sobre a contratilidade cardíaca. Nos casos de sintomas de insuficiência cardíaca, a cardioversão sincronizada é o procedimento de escolha inicial.
- C) A taquicardia ventricular- TV- deve ser prontamente tratada pelo risco de evoluir com hipotensão e fibrilação ventricular. O lanatosídeo C endovenoso é a medicação de escolha nos pacientes hemodinamicamente estáveis, devendo-se estar atento para a correção dos distúrbios metabólicos e hidroeletrólíticos associados.
- D) A taquicardia sinusal se caracteriza pela presença de onda P regular, negativa nas derivações I e aVF, com FC variável pelas alterações do tônus vagal e simpático e normalmente com FC abaixo de 230 bpm.
- E) A presença de fibrilação ventricular é uma emergência médica e deve ser revertida prontamente pela massagem cardíaca externa, ventilação artificial, desfibrilação e pelo uso da digoxina ou da lidocaina endovenosa.

**36. Paciente de 1 ano de idade, portador de síndrome de Down, dá entrada na emergência pediátrica com queixa de palidez intensa há 1 semana e sangramento gengival em pequena quantidade, que cessava espontaneamente. Ao exame físico, apresentava abdome globoso, com fígado a 6 cm do RCD e baço a 5 cm do RCE, contornos regulares, indolores e consistência fibroelástica; ausculta respiratória e cardíaca normais, com frequência respiratório de 35 irpm e cardíaca de 160 bpm; boca com hiperplasia gengival e alguns pontos de hemorragia recente, sem sangramento ativo. Realizou hemograma que evidenciou: Hb 4,5 Ht 17% VCM 83 HCM 97 RDW 14% Leucócitos 3600 Segmentados 12% - Linfócitos 86% e Plaquetas de 19 mil.**

**Diante do exposto, qual o diagnóstico mais provável para esse paciente?**

- A) Leucemia linfóide aguda
- B) Leucemia mieloide aguda
- C) Leucemia mieloide crônica
- D) Neuroblastoma
- E) Linfoma não-Hodgkin

**37. O diagnóstico precoce do câncer infantil representa grande impacto na redução morbimortalidade das doenças oncológicas. Quanto aos tumores sólidos na infância, assinale a alternativa CORRETA.**

- A) Os tumores de sistema nervoso central representam o segundo tipo de tumor sólido mais comum da infância.
- B) No diagnóstico do tumor de wilms ou nefroblastoma, há presença de metástase em 75% dos casos.
- C) Os tumores hepáticos primários e malignos mais comuns na infância são o carcinoma hepatocelular e os hamartomas.
- D) O neuroblastoma raramente acomete os maiores de 14 anos e cerca de 75% dos pacientes tem menos de 4 anos de idade.
- E) Os tumores germinativos representam o primeiro grupo de tumores sólidos na infância e localizam-se primariamente nas gônadas.

**38. Paciente de 7 anos de idade apresenta linfonodomegalia axilar há 2 meses, sem febre, perda de peso ou sudorese noturna. Realizou na primeira e segunda semana de doença tratamento com cefalexina 75 mg/kg/dia por 10 dias, sem melhora. Ao exame, apresentava linfonodomegalia axilar esquerda de 4 cm em seu maior diâmetro, de consistência fibroelástica, pouco móvel e indolor.**

**Qual das características presentes no paciente do caso descrito indica biópsia de linfonodo?**

- A) Localização de linfonodo
- B) Ausência de sintomas B
- C) Idade do paciente
- D) Mobilidade do linfonodo
- E) Tamanho do linfonodo

**39. Em relação ao tratamento da rinite alérgica, analise as afirmativas abaixo:**

- I.** O principal desencadeante da rinite alérgica são os ácaros e, embora seja lógico o seu controle no ambiente, as evidências sobre a eficácia dessas medidas não são fortes.
- II.** O uso de corticoide sistêmico está indicado para controle dos sintomas da rinite de forma rotineira.
- III.** Os anti-histamínicos são as principais substâncias usadas para o tratamento dos sintomas da rinite, tais como prurido nasal, espirros em salva e coriza.
- IV.** Os corticoides intranasais constituem a classe de drogas mais efetivas no controle de todos os sintomas da rinite alérgica, sendo a dexametasona tópica um dos mais recomendados pela sua característica farmacológica de depósito e efeito prolongado.
- V.** Os descongestionantes tópicos nasais não são recomendados nas crianças, em parte pelos efeitos colaterais. Um deles é a intoxicação grave nos lactentes, e, em todas as faixas etárias, tem o risco de rinite medicamentosa.

**Estão CORRETAS**

- A) I, II e V, apenas.
- B) III, IV e V, apenas.
- C) I, III e V, apenas.
- D) II e IV, apenas.
- E) I, II, III, IV e V.

**40. De acordo com o Global Initiative for Asthma 2017 (GINA), nas crianças menores de 5 anos, o tratamento intercrise deve se constituir de:**

- I.** No estágio 1 (step 1), está indicado o uso de corticoide inalatório de baixa dosagem.
- II.** O estágio 2 (step 2) é recomendado também para aquelas crianças que não apresentam sintomas padrão de asma, mas têm episódios de sibilância recorrente a cada 6-8 semanas.
- III.** O uso de espaçador valvulado, até mesmo nas crises, tem sido similar ou superior ao uso do nebulizador.

- IV.** Os antagonistas dos receptores de leucotrienos são uma boa alternativa no tratamento intercrise nas crianças menores de 5 anos, podendo ser usado de forma isolada.
- V.** O uso do beta 2 agonista de curta duração está indicado a partir do estágio 2 (step2) e deve ser feito com bastante cautela devido ao risco de efeitos adversos como taquicardia e tremores.

Está **CORRETO** o que se afirma em

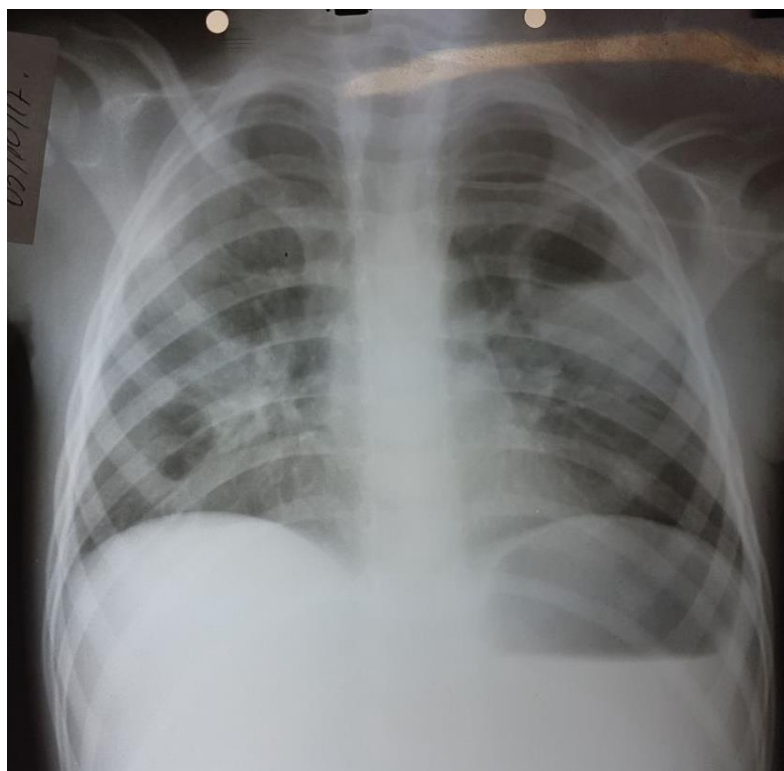
- A) I, II e III, apenas.  
 B) II, III e IV, apenas.  
 C) III, IV e V, apenas.  
 D) I e IV, apenas.  
 E) I, II, III, IV e V.

**41. Escolar de 6 anos deu entrada na emergência, com quadro de desconforto respiratório súbito, após ter entrado em casa que estava pintando. Chega à emergência com estado geral regular, dispneica, afebril, hidratada, corada, consciente e orientada. Ausculta respiratória com sibilos bilateralmente, FR de 32ipm, SatO2 94%. ACV: RCR 2T BNF sem sopros, FC de 140 bpm, PA: 90X 50 mmHg e abdome depressível, indolor à palpação, RHA presentes. Pele com lesões urticariformes em tronco.**

**Diante da suspeita diagnóstica, qual a conduta inicial?**

- A) Prednisolona endovenosa  
 B) Anti-histamínico parenteral  
 C) Adrenalina 0,01mg/kg da solução 1:1000 intramuscular  
 D) Prednisolona endovenosa associada à droga anti-histamínicos  
 E) Nebulização com b2 agonista de curta ação

**42. Menor de 4 anos com diagnóstico de pneumonia. Em uso de ceftriaxona 100mg/kg/dia e oxacilina 200mg/Kg/dia, no sétimo dia de internamento hospitalar persistia com febre e desconforto respiratório. Realizada radiografia de tórax (abaixo).**



**Diante de sua principal hipótese diagnóstica, assinale a alternativa CORRETA.**

- A) Manter ceftriaxona e oxacilina.  
 B) Solicitar avaliação da cirurgia pediátrica para realizar drenagem torácica.  
 C) Associar clindamicina ao esquema de antibióticos.  
 D) Solicitar fisioterapia respiratória.  
 E) Iniciar tratamento para tuberculose pulmonar.

**43. William Wonka, 11 anos é uma criança portadora de diabetes tipo 1 há 3 anos. No momento, está em uso de NPH e regular. Encontra-se bastante ansioso, pois, pela primeira vez, irá se submeter a uma cirurgia. O procedimento em questão será uma postectomia. Considerando o uso de insulinas no diabético 1, a realização do procedimento cirúrgico e o jejum pré-operatório, o que seria CORRETO fazer na manhã do procedimento cirúrgico?**

- A) Não aplicar nenhum tipo de insulina no dia do procedimento cirúrgico.
- B) Aplicar, apenas, a insulina NPH.
- C) Fazer esquema habitual com NPH e regular, como de costume.
- D) Fazer insulina NPH pela manhã e manutenção IV com SG10%.
- E) Não aplicar insulina pela manhã e fazer insulina intravenosa durante o procedimento, apenas se necessário.

**44. Mary-Kate, 2 anos, é levada pela genitora ao consultório com queixa de que há 3 meses apresentou “menstruação” de 2 dias de duração. Nega que sangramento tenha se repetido outras vezes. Nega outras queixas. Previamente hígida. Alimentação adequada para a idade. Nega uso de medicações. Tanner: M1P1. Traz resultados de exames: LH: < 0,1 mUI/ml, USG: volume uterino e ovariano compatíveis com a idade da paciente e ausência de anormalidades anatômicas.**

**Dentre os diagnósticos prováveis, qual dos abaixo citados pode afastar com os dados clínicos fornecidos?**

- A) ITU
- B) Coagulopatia
- C) Puberdade precoce
- D) Prolapso uretral
- E) Tireoidopatia

**45. São considerados ritmos de parada chocáveis:**

- A) Assistolia e AESP (atividade elétrica sem pulso)
- B) AESP e TV (taquicardia ventricular) sem pulso
- C) FV ( fibrilação ventricular) e TV sem pulso
- D) Assistolia e FV
- E) Assistolia, FV e TV sem pulso

**46. Recém-nascido com 38 semanas de idade gestacional e pesando 2970 gramas nasceu de parto cesáreo. Logo após o nascimento, apresentou cianose central, respiração irregular e FC de 114bpm. Foi colocado sob fonte de calor radiante, posicionado a cabeça e secado com compressas aquecidas. Com um minuto de vida, ele apresentava discreta flexão dos membros, FC 112 bpm, respiração regular, cianose central e fazia caretas à estimulação nasal. Quanto ao índice de Apgar e à conduta para esse paciente, assinale a alternativa CORRETA.**

- A) Como apresenta Apgar 7, não será necessário realizar manobras de reanimação.
- B) Como apresenta Apgar 6, devem ser iniciadas manobras de reanimação.
- C) Apresenta Apgar 7 e não há relação entre o índice de Apgar e a indicação de manobras de reanimação.
- D) Apesar de ter Apgar 6, a necessidade de reanimação não deve ser indicada pelo Índice de Apgar.
- E) Apesar de ter Apgar 7 como há cianose central, deve ser iniciada a oferta de oxigênio inalatório sob cateter nasal.

**47. Recém-nascido com 38 semanas de idade gestacional iniciou quadro de icterícia com 40 horas de vida. A genitora fez pré-natal completo e não teve intercorrências, GIIPIAI. Nega transfusões sanguíneas prévias. A classificação sanguínea da mãe é A negativo, e a do recém-nascido, O positivo com Coombs Direto negativo. Exames colhidos com 52 horas de vida: Bilirrubina Total de 9,6mg/dL e Bilirrubina Indireta de 9,2mg/dL, Hemoglobina 18,1g/dL, Reticulócitos 0,8%.**

**A etiologia mais provável para essa icterícia é a seguinte:**

- A) icterícia do leite materno.
- B) incompatibilidade materno fetal Rh.
- C) icterícia fisiológica ou própria do recém-nascido.
- D) deficiência de G6PD.
- E) esferocitose hereditária.

**48. Recém-nascido com cinco dias de vida procura o serviço de urgência por estar com edema e secreção purulenta em ambos os olhos há dois dias. Nasceu de parto vaginal, sem intercorrências. Genitora fez o pré-natal completo e nega infecções durante a gestação. No gram de secreção ocular, foram encontrados diplococos gram negativos.**

**Tem-se como diagnóstico e tratamento adequados para esse paciente o seguinte:**

- A) conjuntivite Gonocócica – Eritromicina por 14 dias.
- B) conjuntivite química – Limpeza ocular com solução fisiológica.
- C) conjuntivite por Clamídia – Eritromicina por 14 dias.
- D) conjuntivite por Stafilococos – Tobramicina colírio por 10 dias.
- E) conjuntivite Gonocócica – Ceftriaxone dose única.

**49. Recém-nascido com 36 semanas e 3 dias de idade gestacional nasceu de parto vaginal. A genitora fez pré-natal completo e não apresentou intercorrência durante a gravidez. Há dois dias do parto, a bolsa amniótica rompeu espontaneamente, e a mãe recebeu profilaxia com penicilina cristalina uma dose de ataque e mais 4 doses de manutenção. Genitora não teve febre. Logo após o nascimento, o recém-nascido apresenta-se com desconforto respiratório, caracterizado por gemência, batimento de asa de nariz, tiragem subcostal e intercostal, frequência respiratória de 67ipm e saturação de O<sub>2</sub> de 91%. Foi instalado CPAP nasal com FiO<sub>2</sub> de 0,4 e PEEP +5cmH<sub>2</sub>O. Considerando a possibilidade de infecção, a conduta CORRETA para esse paciente é a seguinte:**

- A) solicitar hemograma, proteína C reativa, hemocultura, sumário de urina e urocultura e iniciar Penicilina Cristalina e Gentamicina.
- B) solicitar hemograma, proteína C reativa e hemocultura e iniciar Penicilina Cristalina e Gentamicina.
- C) como pode se tratar de uma taquipneia transitória do recém-nascido, deve ser solicitado hemograma, proteína C reativa e hemocultura. Se alterados ou conforme a evolução clínica, iniciar Penicilina Cristalina e Gentamicina.
- D) como pode tratar-se de uma síndrome do desconforto respiratório do recém-nascido, deve ser solicitado hemograma, proteína C reativa e hemocultura. Se alterados ou conforme a evolução clínica, iniciar Penicilina Cristalina e Gentamicina.
- E) solicitar hemograma e proteína C reativa e iniciar Penicilina Cristalina e Gentamicina. Se os exames forem normais, suspender o antibiótico e, se alterados, complementar a investigação com hemocultura e punção lombar.

**50. Recém-nascido com 36 semanas e 4 dias de idade gestacional nasceu de parto cesáreo de urgência por descolamento prematuro de placenta. Nasceu bem com Apgar 7 e 9. Logo após o nascimento, evoluiu com desconforto respiratório. Genitora fez pré-natal com 10 consultas e apresentou pré-eclâmpsia durante a gestação, sem outras intercorrências. Exame físico: dispneia caracterizada por tiragem subcostal e intercostal discretas e frequência respiratória de 78 ipm e saturação pré e pós ductal de O<sub>2</sub> 90%.**

**O tratamento indicado para esse paciente é o seguinte:**

- A) Oxigênio sob Halo com FiO<sub>2</sub> 0,4.
- B) Venóclise com restrição hídrica.
- C) Uso de CPAP com FiO<sub>2</sub> 0,4.
- D) Início de furosemida 1mg/kg/dia.
- E) Oxigênio com FiO<sub>2</sub> > 0,6.



## 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!**

