

01. “Tendências seculares da obesidade em crianças, adolescentes e adultos mostraram um aumento desta doença com a urbanização, indicando claramente o papel do meio ambiente. A _____(I)_____oferece uma explicação lógica para a crescente epidemia de obesidade nas últimas décadas, sem uma mudança radical no genoma. Um dos principais mecanismos envolvidos nesse processo é a _____(II) _____, a qual poderá implicar a sinalização da insulina, a imunidade, inflamação, crescimento e regulação do relógio circadiano, resultando em descontrole do apetite e no metabolismo, e o consequente aumento de peso.”

As palavras que completam, CORRETA e respectivamente, os espaços (I) e (II) são:

- A) Metabolômica / mutação gênica.
- B) Diferenciação fenotípica / modificação de histonas.
- C) Programação metabólica / mutação gênica.
- D) Expressão gênica / hidrocarbonetização endócrina.
- E) Epigenética / metilação do DNA.

02. “Um sistema fisiológico complexo equilibra a ingestão e o gasto de energia, compreendendo sinais aferentes e efetores efetivos. A fome leva ao início da alimentação. Quando uma refeição é ingerida, os hormônios da saciedade contribuem para a digestão e uma sensação de plenitude. Os circuitos centrais do cérebro integram sinais de saciedade e sinais de *status* de energia de longo prazo para produzir uma resposta coordenada à mudança no estado nutricional.”

O agravamento da epidemia global de obesidade, particularmente o aumento da obesidade infantil, levou à pesquisa dos mecanismos de regulação do apetite. Assim, conhecer os agentes orexígenos e anorexígenos se faz importante para um maior entendimento da fisiopatologia que envolve a doença em questão.

São considerados hormônios anorexígenos endógenos todos os abaixo listados, EXCETO:

- A) Leptina.
- B) Neuropeptídeo Y (NPY).
- C) Peptídeo YY (PYY).
- D) Peptídeo 1 semelhante ao glucagon (GLP-1).
- E) Colecistocinina (CCK).

03. O direito à licença-maternidade bem como o aumento da duração desse benefício para a mãe e o pai esteve em pauta no Congresso Nacional em 2018(PEC 1/2018). Porém, os profissionais de saúde, em especial o Pediatra, não devem se esquecer de orientar aqueles pais que adotam uma criança sobre os seus direitos constitucionais.

Com relação a essa última situação, é assegurado por Lei à mãe que adota um bebê de 3 meses de vida um salário-maternidade pelo período de

- A) 30 dias.
- B) 60 dias.
- C) 90 dias.
- D) 120 dias.
- E) 15 dias.

04. Lactente masculino, 3 meses, com história de vômitos incoercíveis (6 episódios em meia hora), encontra-se desidratado e com perfusão periférica de 4 segundos. Após adequada terapia de reidratação, ocorreu boa resposta clínica, e o diagnóstico de alergia à proteína do leite de vaca foi estabelecido, pois o menor começou a usar fórmula infantil no dia anterior ao evento. Os pais receberam a orientação de trocar a fórmula atual por outra constituída por aminoácidos. Na festa de aniversário de um ano, o lactente apresentou vômitos súbitos, diarreia aquosa, e ao dar entrada na emergência pediátrica, encontrava-se pálido, letárgico e em choque hipovolêmico.

Em relação ao caso clínico exposto acima, são prováveis achados para esse lactente, EXCETO:

- A) Ausência de IGE específico para alguma proteína ao leite de vaca.
- B) Aparecimento de urticárias e/ou angioedemas.
- C) Murmúrio vesicular presente, sem ruídos adventícios.
- D) Síndrome da enterocolite induzida por proteína alimentar seja considerada como um forte diagnóstico.
- E) Diarreia com sangue.

05. “A febre reumática aguda é causada por uma resposta autoimune à infecção da garganta pelo *Streptococcus pyogenes*. A pobreza e a superpopulação doméstica estão associadas a um aumento da prevalência de febre reumática aguda e doença cardíaca reumática, que continuam sendo um problema de saúde pública em muitos países de baixa renda. O diagnóstico é totalmente clínico, sem qualquer padrão-ouro laboratorial.”

Diante de um escolar com febre reumática aguda, pode-se encontrar em seu exame clínico/laboratorial todas as opções abaixo, EXCETO:

- A) Sopros diastólicos resultante da insuficiência aórtica, chamado de Carey-Coombs.
- B) Lesões maculares, com bordas eritematosas, não pruriginosas, evanescentes, de maior ocorrência no tronco ou em raízes de membros (eritema marginado).
- C) Em regiões endêmicas, a monoartrite não é incomum e, quando presente, devemos valorizá-la em conjunto com outros achados.
- D) Nódulos subcutâneos, indolores e móveis, que, apesar de rara ocorrência, quando presentes, estão associados à cardite grave.
- E) Febre, elevação de VHS e PCR como sinais menores.

06. Pré-escolar de 3 anos, acompanhado por sua mãe, é atendido em um pronto-atendimento pediátrico devido ao aparecimento súbito de erupção monomórfica, eritematopapular, não pruriginosa, com pápulas uniformes de 2mm de diâmetro, com o topo achatado e que ocupa simetricamente a face, as nádegas e as extremidades. Apresenta também linfonodomegalia axilar e inguinal discreta e hepatomegalia (3cm do rebordo costal direito).

O diagnóstico mais provável feito pelo pediatra é de

- A) Síndrome de Gianotti-Crosti.
- B) Doença de Duhring-Brocq.
- C) Mononucleose infecciosa.
- D) Eritema infeccioso.
- E) Exantema súbito.

07. “Historicamente, diversos calendários de vacinação foram propostos em função de diferentes circunstâncias, tais como: situação epidemiológica, mudanças nas indicações das vacinas ou incorporação de novas vacinas.”

Em 2018, a Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações (CGPNI) fez algumas mudanças no Calendário Nacional de Vacinação, entre elas:

- A) Segunda dose da vacina antivaricela aos 15 meses.
- B) Introdução de duas doses da vacina meningocócica B: a primeira entre 12 e 15 meses, e a segunda aos 4 anos.
- C) Vacinação em meninos com a vacina HPV quadrivalente a partir dos 9 anos de idade.
- D) Introdução da dose de reforço da varicela aos 18 meses.
- E) Vacina meningocócica C conjugada para adolescentes entre 11 e 14 anos.

08. “Indivíduos com Síndrome de Down (SD) têm um **risco** vitalício de demência superior a 90%, e a SD é agora reconhecida como uma forma genética da doença de Alzheimer (DA) semelhante a causas autossômicas raras e dominantes. A DA é hoje a principal causa de morbidade e mortalidade em idosos com SD, com uma idade média de morte de 60 anos.”

A existência de um maior risco de patologias associadas em crianças com SD já está bem estabelecida, porém, muitas vezes nos ambulatórios de pediatria geral, nós nos esquecemos de orientar os pais sobre estes e de tomar medidas preventivas.

Todos abaixo citados são exemplos de patologias classicamente associadas ao paciente com trissomia do 21, EXCETO:

- A) Infertilidade em ambos os sexos na mesma proporção.
- B) Instabilidade atlantoaxial com risco de quadriparesia.
- C) Defeito do septo átrio-ventricular, seja ele total ou parcial.
- D) Perda auditiva em qualquer período da infância.
- E) Pâncreas anular, atresia de esôfago e doença celíaca.

09. Crianças portadoras de epilepsia grave, em uso de fenobarbital e/ou carbamazepina assim como pacientes nefróticos em uso de corticoterapia contínua há anos apresentam maior risco de deficiência de vitamina D.

Nos casos mais graves, nos quais essa vitamina não foi corretamente administrada, é possível encontrarmos as alterações bioquímicas abaixo citadas, EXCETO:

- A) Hiperfosfatúria.
 - B) Hipocalcemia.
 - C) Elevação sérica da fosfatase alcalina.
 - D) Elevação sérica do paratormônio (PTH).
 - E) Diminuição sérica do calcitriol (25-OHD).
-

10. “O trauma continua a ser um dos problemas de saúde pública mais subestimados (principal causa de morbidez e mortalidade, incapacidade e carga socioeconômica) entre crianças e adolescentes em todo o mundo. A cada ano, aproximadamente 875.000 crianças morrem em função dele, além de ferimentos não fatais afetar entre 10 e 30 milhões globalmente.”

Orientar/conscientizar os pais sobre a prevenção de acidentes automobilísticos/ motociclísticos é uma das principais estratégias para reduzirmos o número de mortes por causas externas na população pediátrica. Sobre o transporte seguro de crianças em automóveis/ motocicletas, é vetado pelo Código de Trânsito Brasileiro

- A) usar o assento de segurança voltado para trás do veículo para lactentes menores de 1 ano ou com peso de até 10 kg.
 - B) àquelas maiores de 1 ano e até um peso de 20-22 kg devem usar o assento de segurança voltado para a frente do veículo.
 - C) o cinto de três pontos do carro deve passar pelo meio do ombro, o centro do peito e sobre os quadris da criança quando esta se encontra no assento de elevação.
 - D) o uso do booster está indicado para crianças com peso a partir de 20-22 kg e até alcançar uma estatura de 1,45 metro.
 - E) crianças a partir de 5 anos de idade podem ser transportadas em motocicletas, desde que o condutor e a criança usem capacete.
-

11. Criança sexo feminino, 4 anos, foi admitida em Hospital trazida pela genitora devido à irritabilidade e cansaço há 3 dias, com piora há 12h. Tem relato de sudorese e 2 episódios eméticos no dia anterior, além de temperatura axilar máxima de 35°C. Manteve apetite e aceitação de líquido nesse período. Durante exame físico, foi observado que a criança estava bastante emagrecida, olhos encovados, taquidispneica e com sinal da prega alterado. Ausculta respiratória com estertores em base de hemitórax direito. Abdome escavado.

Considerando o caso acima, qual seria a melhor conduta na admissão dessa paciente?

- A) Avaliar o resultado do hemograma, solicitar culturas e, de acordo com o hemograma, iniciar antibioticoterapia.
 - B) Expansão imediata com soro fisiológico 20ml /kg até a indicação do início da solução oral para desnutrido.
 - C) Se suspeita de hipoglicemia, tratar imediatamente, mesmo que sem confirmação laboratorial.
 - D) Corrigir os distúrbios hidroeletrólíticos mais frequentes neste: hipercalcemia e hipomagnesemia.
 - E) O resultado do RX de tórax será fundamental na decisão do início da antibioticoterapia.
-

12. Pedro, 1 ano de idade, há dois dias com febre baixa, tosse e astenia. Há 24 horas, vem apresentando vômitos e evacuações líquidas, explosivas, com odor fétido e vários episódios ao dia. Apresenta assadura importante. Hemograma com leucometria normal, sem desvio à esquerda, exceto por discreta linfocitose. Sabemos que, na vigência de um quadro diarreico, ocorre maior perda de água e eletrólitos.

De acordo com o mecanismo fisiopatogênico mais provável para o caso, assinale a afirmativa CORRETA.

- A) Aderência, produção de toxinas e lesão vascular com disseminação hematogênica.
 - B) Adesão aos enterócitos nas vilosidades, com destruição focal associada à produção de enterotoxina.
 - C) Adesão, invasão e destruição, produção de exotoxinas e disseminação hematogênica.
 - D) Aderência, sem destruição do enterócito, produção de muco e enterotoxinas.
 - E) Aderência em região duodenal com redução da absorção e com disseminação hematogênica.
-

13. Existem evidências a favor da eficácia dos probióticos, como *S. boulardii* ou *L. rhamnosus*GG em crianças com diarreia associada à antibioticoterapia.

Qual agente etiológico está implicado nesses casos?

- A) *Shigella sp*
- B) *Salmonella enterica*
- C) *Clostridium difficile*
- D) *Campylobacter pylori*
- E) *Entamoeba coli*

14. Família da zona rural recebe visita de médico do PSF, que encontra menor de 02 anos com dieta alimentar inadequada para a idade, baixo peso e comprometimento do desenvolvimento neuropsicomotor. Há 02 dias, ele vem com diarreia líquida, volumosa. Transferido ao Hospital para melhor suporte clínico. O paciente estava letárgico, hipoativo e apresentou convulsões. Foi solicitado dosagem de eletrólitos.

Qual dos distúrbios abaixo pode ser o mais provável pelos sintomas?

- A) Hiper magnesemia
- B) Hipocalcemia
- C) Hiponatremia
- D) Hipercalcemia
- E) Hipercalemia

15. Sobre as condutas terapêuticas do plano C, pelo Ministério da Saúde, assinale a alternativa CORRETA.

- A) O plano C contempla 2 fases: a rápida e a de manutenção, na qual a hidratação venosa deve ser mantida, mesmo com o paciente hidratado e com boa ingestão do SRO por, pelo menos, 2 dias para reposição das perdas de eletrólitos.
- B) A fase rápida em menores de 5 anos inicia-se com hidratação venosa na dose de 20ml/Kg, exceto para recém-nascidos e cardiopatas (dose de 10ml/kg) com Soro glicosado a 10% e tempo de administração de 30 minutos.
- C) A fase rápida em maiores de 5 anos inicia-se com o volume de 30ml/h de soro fisiológico nos primeiros 30 minutos, seguido de 70ml/h de ringer lactato em 2 horas e 30 minutos após a fase inicial.
- D) Na fase de manutenção/reposição, está indicado o KCL para reposição das perdas, de acordo com o peso e soro fisiológico, já que, nessa fase, não devemos usar Ringer lactato ou soro glicosado.
- E) A fase rápida em menores de 5 anos inicia-se com hidratação venosa na dose de 10ml/Kg, com soro glicofisiológico 1:1 e tempo de administração de 30 minutos.

16. Uma residente de pediatria admitiu 2 crianças na enfermaria. Fez uma rápida anamnese e exame físico, pois achou ambas graves, tanto que achou necessário fazer gasometria arterial cujos resultados se encontram abaixo:

1. GASOMETRIA CRIANÇA 1:

-Ph=7,23 -Sat=94%
-pCO₂=45 -HCO₃=10
-pO₂=85 BE = -2

2. GASOMETRIA CRIANÇA 2:

-Ph=7,50 -Sat=88%
-pCO₂=15 -HCO₃=24
-pO₂=78 BE = +1

Após analisar o resultado das gasometrias, qual a interpretação CORRETA das crianças 1 e 2, respectivamente?

- A) Acidose metabólica e alcalose respiratória
- B) Alcalose metabólica e alcalose respiratória
- C) Acidose metabólica e alcalose metabólica
- D) Acidose respiratória e alcalose respiratória
- E) Acidose metabólica e gasometria normal na criança 2

17. O manuseio do paciente diabético insulínodépendente pediátrico é diferente do que geralmente se faz em adultos. O crescimento físico e a maturação nessa fase da vida tendem a modificar as respostas fisiopatológicas do diabetes, bem como seu tratamento. Em relação ao tema, assinale a alternativa CORRETA.

- A) Há menor restrição nutricional para a criança diabética, para que ocorra um adequado crescimento e desenvolvimento, entretanto deve-se evitar açúcares refinados, de absorção rápida.
- B) A atividade física substitui o tratamento da insulínização, pois reduz seus níveis glicêmicos devido à facilitação da entrada de glicose na célula muscular.
- C) O tratamento do DM1 com múltiplas doses de insulina, com monitoramento frequente dos níveis glicêmicos não se demonstrou eficaz em crianças.
- D) O exercício físico pode aumentar a incidência de hipoglicemia sem sintomas clínicos pela liberação de cortisol durante o exercício físico, bloqueando a resposta neuroendócrina à hipoglicemia e, por isso, está contraindicado na infância.
- E) A presença de hiperglicemia pode levar à glicosúria e à desidratação, enquanto que a produção excessiva de corpos cetônicos leva à alcalose metabólica decorrente da desidratação nas descompensações desses pacientes.

18. Nas crianças, você deve fazer o diagnóstico de choque a partir do exame clínico e de forma rápida, visando instituir, de imediato, medidas que diminuam a morbidade e a letalidade. Em relação ao diagnóstico, assinale a alternativa CORRETA.

- A) Inicialmente os pulsos centrais são mais fracos que os pulsos periféricos.
- B) A bradicardia não deve ser considerada na avaliação do choque.
- C) O preenchimento capilar imediato é considerado normal.
- D) A pressão arterial sistólica baixa é um sinal tardio e de agravamento do choque.
- E) Diferente do adulto, o resultado do lactato é fundamental antes da conduta terapêutica.

19. Você atende um recém-nascido com 36 horas de vida apresentando vômitos biliosos e distensão abdominal há 8 horas. Nos antecedentes familiares, um irmão de 3 anos tem fibrose cística. Ao exame: sinais de desidratação e distensão abdominal. A radiografia simples de abdômen: imagens com aspecto de bolhas de sabão. A radiografia de abdômen em posição ortostática: alças intestinais dilatadas, sem níveis hidroaéreos. Qual a hipótese diagnóstica mais provável?

- A) Estenose duodenal
- B) Atresia duodenal
- C) Má rotação intestinal
- D) Íleo meconial
- E) Estenose hipertrófica de piloro

20. A constipação intestinal constitui um problema comum na prática pediátrica. Estima-se que uma de cada dez crianças requer atenção médica para constipação, em alguma época da vida. Em relação ao tema, é CORRETO afirmar que

- A) na doença de Hirschsprung, é mais comum que os sintomas apareçam em crianças com idade escolar.
- B) a biópsia retal é considerada o exame-padrão no diagnóstico da doença de Hirschsprung.
- C) o escape fecal é caracterizado pela perda involuntária de fezes nas roupas em crianças com constipação intestinal, sendo comum na idade entre 1 e 3 anos.
- D) as causas orgânicas de constipação correspondem a 95,0% dos casos.
- E) o tratamento da constipação funcional em crianças é fundamentalmente medicamentoso.

21. Escolar, 8 anos, com queixa de dor na garganta há 1 dia, febre e discreta dor abdominal. Genitora refere que, acompanhando o quadro, tem febre, “ínguas” no pescoço e não está conseguindo se alimentar bem, porque sente dor. O escolar nega tosse, coriza e obstrução nasal. Ao exame: orofaringe hiperemiada, aumento do tamanho das amígdalas e petéquias em palato. Teste rápido de ORF foi negativo. O diagnóstico e a conduta adequados para o caso seria

- A) amigdalite viral e prescrição de sintomáticos.
- B) resfriado comum e prescrição de sintomáticos.
- C) síndrome gripal e prescrição de oseltamivir.
- D) amigdalite bacteriana e prescrição de penicilina benzatina.
- E) mononucleose e prescrição de sintomáticos.

22. A asma é uma das condições crônicas mais comuns, afeta tanto crianças quanto adultos, sendo um problema mundial de saúde e acometendo cerca de 300 milhões de indivíduos. Estima-se que, no Brasil, existam, aproximadamente, 20 milhões de asmáticos.

Sobre a fisiopatogenia da asma, assinale a alternativa CORRETA.

- A) É uma doença inflamatória crônica das vias aéreas inferiores, na qual células (ex: mastócitos e eosinófilos) e com pouca participação de mediadores pró-inflamatórios promovem broncoconstrição.
- B) A inflamação crônica da asma é um processo, no qual existe um ciclo contínuo de agressão e reparo que pode levar a alterações estruturais irreversíveis, isto é, o remodelamento das vias aéreas.
- C) Em lactentes e pré-escolares, o quadro de sibilância recorrente apresenta evolução invariavelmente para a asma com o avançar da idade. Essa característica colabora na definição de doença crônica.
- D) A prevenção primária por meio de controle de fatores ambientais leva claramente à diminuição no desenvolvimento de asma em crianças geneticamente predispostas a desenvolver essa doença.
- E) Há consenso de que a vida em propriedades rurais aumenta o risco do desenvolvimento da doença.

23. O objetivo do manejo da asma é a obtenção do controle da doença. Qual dos casos clínicos, já com o diagnóstico de asma estabelecido, você classificaria como asma NÃO controlada?

- A) Jessé, 12 anos, refere, pelo menos, 3 episódios de dispneia e tosse com melhora após uso de “bombinha” na última semana. Nega sintomas noturnos ou piora com atividade física.
- B) Manoel, 8 anos, dá entrada na emergência com quadro de tosse seca e sibilância há 12 horas. Genitora informa que o menor já apresentava um quadro de coriza, febre baixa e cefaleia há 2 dias.
- C) Francisco, 10 anos, filho de agricultores. Apresentou 4 episódios de tosse seca associada a sibilos na última semana. Genitora informa que os sintomas levam o menor a acordar à noite, 3 vezes por semana, e isso o leva a faltar à escola.
- D) Joana, 15 anos, chega à consulta médica com história de ter aumentado a necessidade da “bombinha” (vem usando diariamente) após ter fumado com os amigos. Nega despertares noturnos e traz espirometria recente com PFE =90% do previsto.
- E) Amanda, 10 anos, terminou o tratamento com corticoide inalatório há 6 meses. Apresentou recentemente um episódio de resfriado comum, tendo apresentado sibilância que necessitou de consulta de urgência e prescrição de corticoide oral por 3 dias.

24. A Pneumonia Adquirida na Comunidade (PAC) é a infecção respiratória aguda com importante morbimortalidade na infância, especialmente em menores de cinco anos. O diagnóstico precoce e tratamento adequado são fundamentais para a melhora do prognóstico.

Qual dos casos abaixo mais provavelmente é uma PAC?

- A) Lactente 10 meses apresenta febre, rouquidão e tosse há dois dias. Ao exame: estado geral bom, temperatura axilar = 36,5⁰ C, FR=42ipm, com roncosp em ambos os hemitórax.
- B) Pré-escolar 3 anos apresenta febre, tosse e dor abdominal há quatro dias. Ao exame: estado geral regular, temperatura axilar = 36,2⁰ C, FR= 46ipm, com tiragem torácica subcostal e estertores na base do hemitórax direito.
- C) Lactente 2 meses apresenta febre e diminuição das mamadas há 12 horas. Ao exame: estado geral regular, temperatura axilar = 36,7⁰ C, FR=44ipm, com roncosp e sibilosp em ambos os hemitórax.
- D) Pré-escolar 3 anos apresenta secreção nasal amarela e tosse há 15 dias e febre há 24 horas. Ao exame: estado geral bom, temperatura axilar = 36,3⁰ C, FR= 30 ipm, com roncosp em ambos os hemitórax.
- E) Lactente com 6 meses, febre e tosse há 2 meses. Sem tiragem subcostal. FR=41ipm.

25. A fisiopatogenia das doenças exantemáticas é variável. Qual infecção determina a formação de células gigantes multinucleadas, que são encontradas nos tecidos linfoides, principalmente nas mucosas das vias respiratórias?

- A) Roséola
- B) Varicela
- C) Sarampo
- D) Rubéola
- E) Eritema infeccioso

26. Diante de uma criança com diagnóstico de anemia falciforme, que procura emergência com quadro de crise algica, não responsiva ao tratamento domiciliar, qual das alternativas abaixo contém as medidas terapêuticas iniciais para a crise algica?

- A) Dipirona oral e expectar
- B) Dipirona parenteral e ceftriaxona
- C) Opioides e penicilina benzatina
- D) Opioides e hidratação
- E) Anti-inflamatórios não hormonais e hidratação

27. Bernardo, 8 anos, encontra-se internado na enfermaria de pediatria com história de febre diária, perda de peso, astenia e dor óssea intensa, com artrite em joelhos, há 4 semanas. Ao exame físico, apresenta-se com fígado palpável há 4 cm de RCD, espaço de Traube preenchido à percussão, hipocorado (2+/4+), equimoses e petéquias esparsas. Apresenta os seguintes exames laboratoriais:

Hb=7g/dL Ht=21% Leucócitos=1.500/mm³ Plaq=20.000/mm³ Cr=0,8mg/dL, Ureia=20 mg/dL

Diante do caso clínico, qual a provável hipótese diagnóstica para o caso acima e qual conduta deve ser tomada para elucidação diagnóstica?

- A) Anemia falciforme e eletroforese de hemoglobina
- B) Linfoma/ Biópsia de linfonodo acometido
- C) Leucemia/Mielograma
- D) Anemia Megaloblástica/Repor Vitamina B12 e ácido fólico
- E) Artrite reativa/hemograma e analgésicos

28. Em relação à epidemiologia e fisiopatologia das leucemias na faixa etária pediátrica, assinale a alternativa CORRETA.

- A) Seu pico de incidência ocorre entre 7 e 12 anos de idade, sendo quatro vezes mais frequente que a leucemia mieloide aguda (LMA).
- B) Na etiologia das leucemias, há fatores de risco ambientais e genéticos, sendo que a Síndrome de Down é fator de protetivo para desenvolvimento de leucemia.
- C) As leucemias agudas são uma doença clonal originada a partir de leucócito maduro da corrente sanguínea, chamado de blastos leucêmicos.
- D) Defeitos em genes supressores tumorais, tais como o p53, não fazem parte do processo etiológico da leucemia.
- E) Em relação à frequência, a LLA responde por cerca de 80% dos casos de leucemia; a LMA, por 15 a 20%, e a LMC, por 5%.

29. Pré-escolar, 3 anos, sexo masculino, é trazido por seus pais à emergência que relatam seu filho estar menos ativo, sem apetite, com urina espumosa e mais pálido que o habitual. Segundo os pais, o paciente era saudável, cartão vacinal atualizado. Exame físico: hipocorado 2+/4+, irritado, presença de edema em face, MMSS e MMII. FC: 148 bpm, FR: 38 irpm, PA: 110 x 60 mmHg. Exames laboratoriais: Hb:8,5 g/dL, Ht:25 %, proteinúria: 3,5g/24h, colesterol 280mg/dL, triglicérides: 240mg/dL.

Em relação à principal hipótese diagnóstica nesse caso, é CORRETO afirmar que

- A) no protidograma, observamos diminuição da alfa-2-globulina e aumento da gamaglobulina.
- B) os pacientes classificados como córticos sensíveis têm inicialmente bom prognóstico, mas normalmente evoluem para insuficiência renal antes da adolescência.
- C) a dosagem de complemento C3 e a elevação da antiestreptolisina O são fundamentais para elucidar o diagnóstico.
- D) o paciente do caso tem critérios clínicos e laboratoriais para a biópsia renal imediata.
- E) a mortalidade ocasionada por essa doença foi significativamente reduzida com a introdução do tratamento com glicocorticoides e antibióticos.

30. Pré-escolar de três anos, sexo masculino apresenta dor e edema nos joelhos e no tornozelo direito há 10 meses. Refere rigidez matinal. Ao exame: estado geral bom, corada, com artrite em joelhos e tornozelo direito. Qual a hipótese diagnóstica mais provável?

- A) Febre reumática
- B) Artrite idiopática juvenil
- C) Artrite séptica
- D) Lúpus eritematoso sistêmico
- E) Leucemia linfocítica aguda

31. Sobre a medida da Pressão Arterial (PA) em pediatria, assinale a afirmativa CORRETA.

- A) Escolares não apresentam hipertensão do "avental branco".
- B) A interpretação dos valores de pressão arterial em crianças e adolescentes deve levar em consideração a idade, o sexo e o peso.
- C) Em crianças, a aferição da PA é recomendada na avaliação clínica após os 3 anos de idade, pelo menos anualmente.
- D) Hipertensão arterial na criança é definida como PA \geq ao percentil 85 de distribuição da pressão arterial.
- E) Na infância, o estágio 2 da hipertensão arterial ocorre quando os níveis da pressão diastólica e/ou sistólica estão iguais ou maiores que o percentil 97.

32. Lactente, seis meses, sexo masculino, apresenta crises caracterizadas por várias flexões do pescoço, principalmente ao acordar, há um mês. O eletroencefalograma (EEG) intercrise evidenciou ondas lentas polimórficas, espículas ondas contínuas, distribuídas, desorganizadas, assíncronas e arrítmicas. Qual a hipótese diagnóstica mais provável e o tratamento mais efetivo?

- A) Síndrome de Lennox-Gastaut / fenobarbital
- B) Síndrome de West / prednisolona e vigabatrina
- C) Epilepsia benigna do lactente / valproato de sódio
- D) Epilepsia-ausência / etossuximida
- E) Epilepsia de Dravet / valproato de sódio

33. A convulsão febril ou crise febril é comum na população pediátrica, ocorrendo entre 6 meses e 5 anos, associada à febre, sem evidência de infecção do sistema nervoso central. A fisiopatologia permanece pouco clara, mas se acredita que consista em resposta idade-dependente do cérebro imaturo à febre. Sobre convulsão febril, é CORRETO afirmar que

- A) a maioria dos estudos sugerem que o modo de herança de suscetibilidade às crises febris é poligênico e raramente autossômico dominante.
- B) é uma doença benigna, sem risco de evolução para epilepsia, porém, em cerca 10%, ocorre prejuízo cognitivo na adolescência.
- C) o EEG com espícula onda pode fazer parte do quadro, porém não é relacionado ao prognóstico.
- D) início da crise após os 4 anos de idade é fator de risco para recorrência durante doenças febris subsequentes.
- E) para maior segurança no manuseio, é indicado, sempre que possível, na primeira convulsão febril, exame de neuroimagem na emergência.

34. Sobre os Tumores de Sistema Nervoso Central (SNC), é CORRETO afirmar que

- A) os sintomas clínicos na criança com tumor de SNC dependem, unicamente, da localização do tumor.
- B) os tumores de fossa posterior causam hidrocefalia por obstrução do quarto ventrículo.
- C) os tumores de tronco costumam causar hidrocefalia e, quando precocemente diagnosticados, são altamente curáveis.
- D) o Meduloblastoma em geral tem localização supratentorial e constitui cerca de 60% dos tumores de SNC em crianças.
- E) a cirurgia constitui o único tratamento eficaz nos tumores de SNC.

35. Recomenda-se no tratamento da dermatite atópica

- A) a utilização de emolientes com ureia em altas concentrações, nos surtos agudos da doença.
- B) banhos rápidos de 5 a 10 minutos e com água morna, uso de sabonetes com pH 5,0-6,0 e em pouca quantidade.
- C) os corticosteroides tópicos apenas nas lesões crônicas, não de forma reativa nas crises.
- D) banhos quentes e prolongados, uso excessivo de sabonetes, ar condicionado e ambientes com baixa umidade do ar.
- E) uso precoce de corticoides orais nas crises, visando reduzir a duração do surto agudo.

36. Lactente de 5 meses chega à emergência, com história de coriza, tosse há 36 horas e cansaço há 3 horas. Ao exame, observa-se estado geral bom, taquipneia e tiragem subcostal leves.

Para esse caso, qual a conduta a ser adotada?

- A) Indicar acompanhamento ambulatorial e orientar sobre sinais de piora.
- B) Nebulizar com budesonida e adrenalina e reavaliar após 1 hora.
- C) Internar, por se tratar de desconforto respiratório em menor de 6 meses.
- D) Solicitar radiografia de tórax para verificar consolidações pulmonares.
- E) Internar pela idade; nebulizar com beta 2 e solicitar hemograma.

37. Criança com 10 anos de idade trazida ao ambulatório de pediatria geral com história de diarreia há 1 mês. Genitora refere quadro inicial agudo com febre, vômito e diarreia que durou dois dias, com persistência da diarreia com fezes pastosas e muco. Não observou a presença de sangue. Refere dor abdominal recorrente, tipo cólica, febre intermitente, não aferida e perda de peso de cerca de 5% nesse período. Menor relatou dor articular em joelhos. Considerando a história, assinale a alternativa CORRETA.

- A) Na avaliação da diarreia crônica, o pediatra deve realizar uma história completa e um exame físico detalhado. É importante caracterizar adequadamente as evacuações, a presença de sinais e sintomas associados e avaliar o estado nutricional da criança, para dimensionar a cronicidade e o comprometimento da absorção intestinal.
- B) Na história apresentada, a presença de febre intermitente, muco nas fezes e o comprometimento extraintestinal com a presença de artralgia sugerem a presença de um processo infeccioso sistêmico em atividade.
- C) A Alergia à Proteína do Leite de Vaca -APLV – é um importante diagnóstico diferencial para o caso e se caracteriza pela presença de diarreia com ou sem sangue, febre intermitente, reações inflamatórias em articulações e membranas serosas e comprometimento nutricional progressivo.
- D) Dentre os exames indicados para a avaliação do caso, marcadores como o p-ANCA e ASCA negativos praticamente excluem a possibilidade de Doença inflamatória intestinal para o menor, tornando desnecessário prosseguir a investigação com exames de imagem direta como endoscopia e colonoscopia.
- E) O tratamento da diarreia crônica deve ser iniciado prontamente com a instauração de dieta semielementar com proteína extensamente hidrolisada ou com dietas à base de aminoácidos para permitir a recuperação da lesão intestinal.

38. Menor com 6 anos atendido em consulta ambulatorial de rotina. Genitora refere história de febre por 2 dias, acompanhada de recusa alimentar e sialorreia há 1 mês. Teve diagnóstico de amigdalite, sendo tratado com penicilina benzatina, após consulta em unidade de pronto atendimento. Trazia exames do episódio com Hb 12.0 g/dl, Leucócitos 12.600/mm³, Segmentados 50%, Linfócitos típicos 41%, linfócitos atípicos 4%, Monócitos 4 %, Basófilos 1%, Plaquetas 166.000/uL; ASLO 200 UI/ml. Sem outras queixas. Ao exame clínico, foi identificada, como única alteração, a presença de um sopro sistólico localizado em bordo esternal esquerdo médio, suave, sem irradiação, grau II, com desaparecimento durante a posição ereta, ausência de frêmitos ou ruídos acessórios, RCR, 2T, BNF, FC 90 bpm, pulsos presentes e simétricos e PA adequada para estatura e sexo. Considerando a história, assinale a alternativa CORRETA.

- A) Na avaliação de um paciente com sopro cardíaco, é importante investigar os antecedentes gestacionais, como o uso de drogas, álcool, diabetes materno e infecções; situações do período neonatal como peso ao nascimento, uso de oxigênio, malformações extracardíacas e antecedentes pessoais, como dificuldade para mamar e para o exercício, baixo ganho de peso, irritabilidade, sudorese excessiva e cianose.
- B) A profilaxia secundária para a Doença Reumática deve ser iniciada prontamente com penicilina Benzatina a cada 21 dias e mantida até os 25 anos, no mínimo, dependendo do comprometimento cardíaco residual.
- C) Considerando o caso descrito, o ecocardiograma é indispensável para a avaliação do paciente, devido à elevada incidência da Doença Reumática em nosso meio.
- D) As alterações descritas são compatíveis com um sopro de regurgitação mitral que pode ser revertido, considerando a duração do quadro, com o tratamento que inclui o repouso relativo e a corticoterapia com prednisona ou prednisolona na dose de 1 a 2 mg/Kg/dia por até 12 semanas. Diuréticos, IECA e digitálicos podem ser usados conforme a necessidade.
- E) O diagnóstico da faringoamigdalite bacteriana envolve o quadro clínico caracterizado por mal-estar geral, vômitos, febre elevada, hiperemia e edema de orofaringe, presença de petéquias em palato, exsudato purulento em tonsilas bem como gânglios cervicais palpáveis e dolorosos. Os exames sorológicos, como a ASLO, podem ser utilizados para o diagnóstico da amigdalite aguda na impossibilidade do teste rápido para identificação do EBHGA, com sensibilidade de 80% e especificidade de 95%.

39. Nos casos de dor abdominal recorrente ou crônica de causa orgânica, o pediatra deve estar atento ao seguinte sinal de alerta:

- A) Dor periumbilical (mesogástrica).
 - B) Despertar noturno pela dor.
 - C) Constipação.
 - D) Vômitos cíclicos.
 - E) Incontinência fecal retentiva.
-

40. Trata-se de uma característica da diarreia persistente:

- A) Ter curso intermitente com surtos.
 - B) Ser insidiosa.
 - C) Ser comum em adolescentes.
 - D) Ser presumivelmente de etiologia infecciosa.
 - E) Acontecer frequentemente em pacientes saudáveis e eutróficos.
-

41. Adolescente do sexo feminino, 11 anos de idade, é levada à emergência, com relato de cefaleia em hemicrânio direito de forte intensidade há 12 horas, acompanhada por náuseas e vômitos, fonofobia e fotofobia. Já teve mais de dez episódios semelhantes no último mês, sempre com dores incapacitantes que a impedem de realizar suas atividades habituais. Refere ser asmática, em uso diário de corticoide e beta 2 agonista de longa duração.

Qual é a melhor conduta nesse caso?

- A) Analgesia endovenosa para alívio sintomático da crise e prescrever amitriptilina como tratamento profilático.
 - B) Instalação de máscara de oxigênio.
 - C) Analgesia endovenosa para alívio sintomático da crise e prescrever propranolol como tratamento profilático.
 - D) Realização imediata de tomografia do crânio, pois a principal hipótese é de hipertensão intracraniana.
 - E) Prescrição de tramadol e morfina endovenosa.
-

42. Recém-nascido com 37 semanas de idade gestacional, nasceu de parto cesáreo, chorando e com bom tônus. A genitora refere que fez pré-natal com 5 consultas e nega intercorrências. Tem teste rápido para HIV e VDRL não reagentes no momento da admissão para o parto.

Para esse paciente, o pediatra deve

- A) prover calor, posicionar a cabeça, aspirar as vias aéreas e secar junto com a mãe.
 - B) prover calor, posicionar a cabeça, aspirar as vias aéreas, se necessário, e secar a criança em campos aquecidos em berço aquecido e, em seguida, entregá-lo à genitora para amamentação ainda na sala de parto.
 - C) prover calor e secar o recém-nascido. Em seguida, posicionar a cabeça e aspirar as vias aéreas, se necessário, em berço aquecido. Após esses cuidados iniciais, avaliar FC e respiração, se normais, entregá-lo à mãe em campos aquecidos.
 - D) dar os cuidados de rotina junto com a mãe (com contato pele a pele e cobertos com campos aquecidos), provendo calor, mantendo as vias aéreas pervias, secando e avaliando FC e respiração de modo contínuo.
 - E) prover calor e secar. Em seguida, posicionar a cabeça, aspirar as vias aéreas, se necessário e deixá-lo aquecendo em berço aquecido por duas horas para reavaliação, uma vez que possui fatores de risco para sepse neonatal precoce.
-

43. Recém-nascido com 39 semanas de idade gestacional. Nasceu de parto vaginal com Apgar 1' = 8 e 5' = 9. Durante o primeiro exame físico em alojamento conjunto, foi observado que houve click a realização de manobra de Ortolani bilateralmente.

A conduta CORRETA é

- A) reavaliar com 1 mês.
 - B) solicitar parecer da ortopedia.
 - C) solicitar ultrassonografia do quadril.
 - D) solicitar radiografia de quadril.
 - E) orientar fraldas em abdução e reavaliar com 1 mês.
-

44. Recém-nascido com 39 semanas de idade gestacional iniciou quadro de icterícia com 48 horas de vida. A genitora fez pré-natal completo e não teve intercorrências, GIPIAO. Nega transfusões sanguíneas prévias. A classificação sanguínea da mãe é O negativo e a do recém-nascido A positivo com Coombs Direto negativo. Exames colhidos com 96 horas de vida: Bilirrubina Total de 11,2mg/dL e Bilirrubina Indireta de 10,8mg/dL, Hemoglobina 18,1g/dL, Reticulócitos 0,8%.

Quanto à etiologia, a hipótese mais provável para essa icterícia é

- A) icterícia do leite materno.
 - B) incompatibilidade materno fetal Rh.
 - C) icterícia fisiológica.
 - D) deficiência de G6PD.
 - E) incompatibilidade materno fetal ABO.
-

45. Recém-nascido com 10 dias de vida procura o serviço de urgência por estar com edema e secreção purulenta em olho direito há dois dias. Nasceu de parto vaginal, sem intercorrências. Genitora fez o pré-natal completo e nega infecções durante a gestação.

O diagnóstico mais provável para esse paciente é

- A) Conjuntivite química.
 - B) Conjuntivite por Clamídia.
 - C) Conjuntivite Gonocócica.
 - D) Conjuntivite Herpética.
 - E) Conjuntivite por Adenovírus.
-

46. Recém-nascido com 38 semanas de idade gestacional nasceu de parto vaginal. A genitora fez pré-natal completo e não apresentou intercorrência durante a gravidez. Há 4 dias do parto, a bolsa amniótica rompeu espontaneamente, e a mãe recebeu profilaxia com penicilina cristalina (uma dose de ataque 4 horas antes do parto). Genitora não teve febre. Logo após o nascimento, o recém-nascido se apresenta com desconforto respiratório, caracterizado por gemência, batimento de asa de nariz e tiragem subcostal, frequência respiratória de 70ipm.

Considerando a possibilidade de infecção, a conduta mais adequada 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. E, se alterados ou conforme a evolução clínica, iniciar Penicilina Cristalina e Gentamicina.
 - D) como pode se tratar de uma síndrome do desconforto respiratório do recém-nascido, deve ser solicitado hemograma, proteína C reativa e hemocultura. E, se alterados ou conforme a evolução clínica, iniciar Penicilina Cristalina e Gentamicina.
 - E) solicitar hemograma e proteína C reativa. Se exames alterados, complementar a investigação com hemocultura e punção lombar e iniciar Penicilina Cristalina e Gentamicina.
-

47. Recém-nascido com 7 dias de vida. Nasceu com 39 semanas de idade gestacional de parto vaginal. Mãe GIPIAO fez pré-natal completo e tem VDRL do primeiro trimestre negativo. No momento da admissão para o parto, teve teste rápido para HIV não reagente e VDRL positivo 1:16. Nega ter antecedente de sífilis. Recém-nascido está assintomático. Tem hemograma com plaquetopenia, VDRL positivo 1:8, radiografia de ossos longos normal e LCR com 20 células/mm³, proteínas 98mg/dL e VDRL do LCR negativo.

A conduta CORRETA é prescrever

- A) Penicilina G Procaína 50.000UI/kg/dose, 1x/dia, IM, durante 10 dias.
 - B) Penicilina G G Cristalina 50.000UI/kg/dose, 12/12h, IV, durante 10 dias.
 - C) Penicilina G G Procaína 50.000UI/kg/dose, 12/12h, IM, durante 10 dias.
 - D) Penicilina G G Benzatina 50.000UI/kg/dose, dose única, IM.
 - E) Penicilina G Cristalina 50.000UI/kg/dose, 8/8h, IV, durante 14 dias.
-

48. Recém-nascido a termo nasceu de parto cesáreo por pré-eclâmpsia materna. Apgar9 e 10. Após os cuidados iniciais, apresentou, ainda na sala de parto, desconforto respiratório com tiragem subcostal leve, FR: 86ipm, SatO₂: 92%, sem outras alterações clínicas.

Considerando a principal hipótese diagnóstica para o caso, é CORRETO afirmar que

- A) é causada pela deficiência do surfactante devido ao sofrimento fetal crônico.
- B) deve ter resolução após 48 a 72 horas, recebendo oxigênio suplementar.
- C) a radiografia mostrará infiltrado pulmonar grosseiro e sinais de barotrauma.
- D) broncograma aéreo e condensação são achados radiológicos frequentes.
- E) a utilização do CPAP nasal é necessária na maioria dos casos.

49. Menino teve ultrassonografia fetal com hidronefrose em rim direito. Com uma semana de vida, realizou ultrassonografia que evidenciou hidronefrose bilateral (diâmetro anteroposterior da pelve à direita 21mm e à esquerda 9mm) e dilatação tortuosa do ureter direito até seu terço proximal.

As hipóteses diagnósticas mais prováveis são:

- A) Estenose de junção ureteropélvica bilateral e refluxo vesicoureteral.
- B) Refluxo vesicoureteral e válvula de uretra posterior.
- C) Duplicação pielocalicial e válvula de uretra posterior.
- D) Estenose de junção uretero pélvica bilateral e válvula de uretra posterior.
- E) Estenose de junção uretero vesical unilateral e rim multicístico displásico.

50. Recém-nascido com 37 semanas de idade gestacional nasceu de parto vaginal sem intercorrência e teve Apgar 9 e 10. Com 18 horas de vida, no alojamento conjunto, realizou o “teste do olhinho” ou Teste do Reflexo de Brucker. Foi observado ausência do reflexo vermelho no olho direito.

A conduta CORRETA diante desse caso é a seguinte:

- A) encaminhar para o oftalmologista.
- B) repetir o teste após 24 horas.
- C) solicitar mapeamento de retina.
- D) trata-se de exame normal, pois é alteração nesse teste presença do reflexo branco (leucocoria) bilateral.
- E) repetir o exame com 1 mês de vida.

- PEDIATRIA -