

01. Assinale a alternativa CORRETA em relação à hematúria glomerular.

- A) A doença de Berger pode levar à hematúria isolada ou recorrente, porém não está relacionada com episódios de infecção de vias aéreas superiores.
- B) A hematúria glomerular causa sempre anemia, necessitando de hemotransfusão em determinadas ocasiões.
- C) A glomerulonefrite difusa aguda pós-estreptocócica (GNDAPE) é uma das causas mais frequentes de hematúria na infância.
- D) Podemos citar como causas de hematúria glomerular: síndrome hemolítico-urêmica (SHU), lúpus eritematoso sistêmico, púrpura de Henoch-Schölein, doença renal policística, GNDAPE e síndrome de Alport.
- E) Na síndrome de Alport, o paciente apresenta hematúria microscópica recorrente, evolui para insuficiência renal crônica e é mais frequente no sexo feminino.

02. Quanto à terapêutica da doença renal crônica, assinale a alternativa VERDADEIRA.

- A) Todo paciente com doença renal crônica necessita de tratamento dialítico imediato.
- B) O acompanhamento nutricional do paciente portador de doença renal crônica deve ser iniciado, ao se atingir o estágio 5.
- C) A anemia ocorre devido à redução na produção renal de eritropoietina, podendo ser necessária a reposição desta.
- D) Hipertensão arterial é incomum na infância, não sendo necessário seu tratamento nos estágios iniciais da doença renal crônica.
- E) Acidose metabólica não necessita de tratamento específico devido aos mecanismos de adaptação renal na infância.

03. Quanto ao diagnóstico laboratorial da GNDA, é INCORRETO afirmar que

- A) no exame de urina, normalmente encontramos hematúria macroscópica ou microscópica, presença de cilindros, leucocitúria e, em alguns casos, pode-se encontrar proteinúria.
- B) a hematúria microscópica pode persistir por até 2 anos.
- C) o complemento sérico C3 está diminuído, porém não é exame fundamental para o diagnóstico, sendo mais útil para o acompanhamento.
- D) o complemento sérico C3 retorna ao normal entre 6 e 8 semanas.
- E) a albumina está normal.

04. Pedro, 10 anos de idade, sexo masculino, foi trazido ao hospital por sua mãe, que referia aumento do volume abdominal e febre há 2 meses. Astenia e perda de peso. João nasceu e sempre morou em Ipojuca-PE, onde trabalha no corte de cana. Mora em casa de tijolos, sem reboco, chão batido. Ao exame físico, João mostrava-se pálido, emagrecido, prostrado, discretamente taquipneico e levemente icterico, com fígado a 5 cm do RCD e o baço a 10 cm do RCE, endurecido. Restante do exame normal. Realizado hemograma:- anemia hipocrômica e microcítica, leucopenia à custa de neutropenia e plaquetopenia. Sobre esse caso, assinale a assertiva INCORRETA.

- A) O diagnóstico de leishmaniose visceral pode ser firmado pela presença de parasitos em aspirado de medula óssea ou de baço.
- B) Um diagnóstico diferencial importante se faz com a enterobacteriose septicêmica prolongada.
- C) A eletroforese de proteínas séricas mostra aumento da relação albumina/globulina com hipogamaglobulinemia.
- D) O tratamento se faz com o glucantime, reservando-se a anfotericina B para casos graves ou de resistência do parasito
- E) A intradermorreação de Montenegro é negativa na fase ativa dessa doença.

05. Lactente de 4 meses foi trazido para atendimento com história de tosse em acessos há 16 dias, apresentando congestão facial e cianose perioral durante os acessos. O menor tomou 2 doses da vacina tetravalente (DPT/HiB). A genitora tem 18 anos de idade e está tossindo há 4 semanas, após um quadro gripal. Ela informa ter apresentado coqueluche aos 6 anos. Em relação ao caso, é FALSO afirmar que

- A) o menor não está mais transmitindo a doença.
- B) dos componentes da vacina tetravalente, o que confere maior imunidade é o componente *pertussis*.
- C) a genitora pode estar com coqueluche, uma vez que a imunidade pela infecção natural não é duradoura.
- D) o lactente não pode ser considerado como adequadamente imunizado.
- E) a eritromicina é droga de escolha para o tratamento.

06. Lactente com seis meses apresenta história de diarreia e baixo ganho de peso há cerca de um mês. Aleitamento materno exclusivo até o quarto mês, quando a genitora introduziu complemento com fórmula láctea infantil sem massa, não introduziu outros alimentos. Apresentava evacuações amolecidas cerca de dez vezes ao dia, fezes explosivas, sem sangue. Solicitada pesquisa de substâncias redutoras nas fezes, tendo sido positivo (++) e proposto uso de fórmula infantil sem lactose. Houve redução do número de evacuações, porém sem ganho adequado de peso. Em relação a essa história, assinale a alternativa CORRETA.

- A) A intolerância congênita à lactose, entidade comum no primeiro ano de vida, é uma possibilidade diagnóstica, uma vez que a criança apresentou manifestação clínica após a introdução da fórmula láctea e não apresentou clínica em aleitamento materno, alimento isento de lactose.
- B) A alergia à proteína do leite de vaca é uma possibilidade diagnóstica, a presença de substâncias redutoras positivas corrobora o diagnóstico, e o tratamento proposto para a paciente está adequado.
- C) Na possibilidade de alergia, a proteína do leite de vaca, a intolerância à lactose seria secundária, a retirada da lactose diminuiria a carga osmótica, porém não levaria à resolução da enteropatia.

- D) Diante da possibilidade de alergia à proteína do leite de vaca, poderiam ser solicitados os testes laboratoriais para avaliar as IgEs específicas para as proteínas do leite de vaca (RAST); caso negativos, a possibilidade de alergia ao leite estaria descartada.
- E) Em caso de suspeita de alergia à proteína do leite de vaca, o paciente deveria fazer uso de fórmula especial por tempo indeterminado, sendo essa uma doença que acompanha o indivíduo até a vida adulta.

07. CGL possui dois anos, apresentou quadro de diarreia, distensão abdominal e perda de peso dos seis meses até um ano, previamente saudável. Genitora havia feito uso de leite de vaca desde o primeiro mês de vida e introduziu glúten na forma de mucilagem após os 3 meses. Com um ano, foi levantada a suspeita de doença celíaca, tendo sido realizado o teste sorológico anticorpoanti-gliadina IgA e IgG. As sorologias foram positivas, e a biópsia de intestino delgado foi realizada. Esta demonstrou atrofia de vilosidades e hipertrofia das criptas. Foi indicada dieta isenta de glúten. Após a instituição da dieta, houve resolução da sintomatologia clínica, e a criança ganhou peso. Após um ano da dieta, os anticorpos negativaram. Sobre isso, é INCORRETO afirmar que

- A) a doença celíaca é uma doença autoimune, sendo necessária a predisposição genética para o desenvolvimento da doença; nem todo indivíduo com predisposição genética irá desenvolver a doença. A introdução precoce do glúten e a falta de aleitamento materno predispueram essa criança à doença.
- B) diante da história clínica altamente sugestiva de doença celíaca, sendo o teste sorológico positivo, não é obrigatória a realização de biópsia de intestino delgado para confirmação do diagnóstico de doença celíaca, podendo a dieta isenta de glúten ser iniciada tão logo se saiba que esse anticorpo foi positivo.
- C) como a criança é menor de dois anos, o anticorpo anti-gliadina é considerado útil nessa faixa etária, a fração IgG é pouco específica nas demais faixas etárias, o anticorpo antitransglutaminase é preferido como teste de triagem.
- D) a negatificação da sorologia após um ano de tratamento não indica cura da doença celíaca e, sim, inativação do processo autoimune; caso volte a consumir glúten, a sorologia voltará a positivar.
- E) a atrofia vilositária e a hiperplasia das criptas, aspectos do padrão celíaco, não devem mais ser observadas na biópsia de controle, realizada dois anos após instituição de dieta rigorosamente isenta de glúten.

08. Escolar apresenta dor abdominal diária há mais de 2 meses, associada à alternância do hábito evacuatório (fezes ressecadas intercaladas com fezes amolecidas), por vezes ocorre alívio da dor com a evacuação. Tal quadro clínico teve início logo após quadro diarreico de curta duração e provável etiologia viral. Assinale a alternativa INCORRETA.

- A) Segundo o critério de Roma III, caso essa criança não apresente sinais de alerta nem evidência de doença orgânica, o diagnóstico de síndrome do intestino irritável é provável, e exames invasivos não estão indicados.
- B) A doença diarreica viral poderia ter predisposto essa criança ao surgimento dessa desordem funcional do trato gastrointestinal.
- C) Um distúrbio de sensibilidade visceral está possivelmente relacionado a esse quadro, e eventos que levem ao estresse emocional podem agravar o quadro doloroso.
- D) Caso a criança apresente piora do quadro doloroso e despertar noturno devido à dor, deverá ser investigada para doença inflamatória intestinal através de exames complementares.
- E) A criança deverá aumentar o consumo de sucos de frutas e fazer dieta isenta de gorduras, como forma de induzir uma redução das contrações colônicas e diminuir a distensão gasosa.

09. A síndrome dos vômitos cíclicos da infância, distúrbio funcional do trato gastrointestinal, traz angústia aos pacientes e aos seus familiares, sendo descritos vários episódios de atendimento em emergências e internamentos hospitalares, sem que o diagnóstico seja suspeitado. Em relação a essa síndrome, é INCORRETO afirmar que

- A) está geralmente relacionada à gastrite ou úlcera duodenal, e o uso dos inibidores de bomba pode impedir o surgimento de novas crises.
- B) o diagnóstico diferencial com causas orgânicas de vômitos recorrentes deve ser realizado, e a possibilidade de doença obstrutiva do trato gastrointestinal, neurológica, infecciosa ou metabólica deve ser afastada.
- C) a ondansetrona, antiemético potente e o lorazepan, ansiolítico, são recomendados durante as crises.
- D) comumente existe uma história familiar de enxaqueca e síndrome do intestino irritável.
- E) pode ocorrer em qualquer idade, desde lactente até adolescente. Acompanhamento com especialista deve ser realizado, e drogas profiláticas podem ser utilizadas.

10. O baixo ganho de peso é uma queixa comum nos ambulatórios de pediatria, sendo frequentemente levantada a possibilidade de má absorção intestinal. Em relação à investigação complementar, assinale V (Verdadeiro) ou F (Falso) nas afirmativas abaixo:

- | |
|--|
| <p>() A técnica de Sudam avalia a presença de gorduras nas fezes. É uma técnica, que se presta para avaliar quadros severos de esteatorreia, porém tem baixa sensibilidade para perdas leve a moderada de gordura.</p> <p>() As substâncias redutoras, vistas nas lâminas diretas das fezes, são estruturas estáveis, podendo ser avaliadas em fezes após algumas horas de armazenamento.</p> <p>() A biópsia de intestino delgado, realizada através da endoscopia, pode auxiliar na investigação, sendo o aspecto histológico de atrofia de vilosidades intestinais específico da doença celíaca.</p> |
|--|

() A insuficiência pancreática é difícil de ser avaliada, podendo-se lançar mão de exames de imagem, como a tomografia, para avaliar uma possível lipossustituição do pâncreas.

Assinale a alternativa que apresenta a sequência CORRETA.

- A) V, V, V, V. B) V, F, F, V. C) F, F, V, F. D) F, V, F, F. E) V, F, V, V.

11. O diagnóstico da Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE) é clínico, baseado na maioria das vezes nos sinais e sintomas que podem estar associados. No entanto, exames diagnósticos podem colaborar na avaliação da DRGE. Quanto a esses exames, assinale a alternativa INCORRETA sobre sua indicação.

- A) A radiografia contrastada do esôfago, estômago e duodeno tem baixo custo e fácil execução; é útil para avaliação anatômica do trato digestório alto.
B) A cintilografia gastroesofágica permite identificar episódios de refluxo, mesmo após dieta com pH neutro, porém como sua interpretação não está bem estabelecida, não está indicada na rotina da avaliação da DRGE.
C) A ultrassonografia esofágica tem papel importante no diagnóstico diferencial de estenose hipertrófica do piloro, mas não está indicada na rotina de avaliação da DRGE do lactente e da criança maior.
D) A pHmetria esofágica tem a grande vantagem de avaliar o paciente em condições mais fisiológicas e por longos períodos, sendo sensível aos episódios de refluxo não ácidos ou fracamente ácidos, mesmo em pacientes com dietas predominantemente lácteas.
E) A manometria esofágica pode ser útil em pacientes que não responderam à supressão ácida e que apresentam endoscopia normal, na busca de um distúrbio de motilidade.

12. Os critérios de Roma III (2006) definem como diagnóstico de constipação em lactentes e pré-escolar a presença de pelo menos 2 critérios no mínimo de 1 mês como presença de 2 ou menos evacuações por semana ou comportamento de retenção para evitar a evacuação. No diagnóstico diferencial entre a constipação funcional e a constipação de origem orgânica, analise os itens abaixo:

- | |
|----------------------------|
| I. Hipotireoidismo |
| II. Doença de Hirschsprung |
| III. Fibrose cística |
| IV. Doença celíaca |

Está (ão) CORRETO(S)

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

13. A Retocolite Ulcerativa (RCU) caracteriza-se por períodos de exacerbações e remissões. Deve-se estar atento ao diagnóstico precoce das manifestações clínicas sugestivas. Dentre o quadro clínico sugestivo dessa doença, assinale a manifestação que NÃO é comum na RCU.

- A) Fístulas perianais. D) Uveíte.
B) Diarreia noturna e urgência evacuatória. E) Eritema nodoso.
C) Artrite ou artralgia.

14. São causas de hemorragia digestiva baixa, apresentando-se como sangue vivo nas fezes, EXCETO

- A) Pólipo juvenil. D) Volvo.
B) Sangue deglutido. E) Colite alérgica.
C) Divertículo de Meckel.

15. A Hemorragia Digestiva Alta (HDA) é aquela que se origina acima do ângulo de Treitz. Em crianças, é uma situação incomum, porém potencialmente grave. Quanto ao diagnóstico etiológico, assinale a alternativa FALSA.

- A) A utilização de corticoesteroides isoladamente não aumenta o risco de lesão gástrica e consequente HDA, porém o uso concomitante com anti-inflamatórios não-esteroides aumenta significativamente este risco.
B) A lesão de Dieulafoy é uma hemorragia aguda e abundante resultado de uma ruptura de uma artéria, situada geralmente no fundo gástrico.
C) A síndrome de Mallory-Weiss é a laceração da mucosa esofágica distal, sendo menos comum que a gastropatia de prolapso. Ambas ocorrem quando o fundo gástrico se projeta para dentro do esôfago, provocando a lesão da mucosa.
D) A úlcera causada pela bactéria *Helicobacter pylori* pode provocar hemorragia digestiva alta e baixa, no entanto a gastrite nodular difusa é a lesão mais comum encontrada em crianças.
E) Infecções por Citomegalovírus ou por parasitas, como o *Strongyloides stercoralis*, não são consideradas causas de hemorragia digestiva alta, sendo causa importante de hemorragia digestiva baixa.

16. A pré-eclâmpsia acomete 5-8% de todas as gestações, sendo uma das causas mais frequentes de morbimortalidade materna e neonatal. Os recém-nascidos de mães com pré-eclâmpsia grave geralmente apresentam restrição de crescimento intraútero são prematuros e mais propensos a desenvolver na primeira semana de vida

- A) trombocitose, policitemia e hipermagnesemia.
- B) anemia, trombocitopenia, neutropenia e hipomagnesemia.
- C) policitemia, hipermagnesemia e neutropenia.
- D) hipomagnesemia, trombocitopenia e neutrofilia.
- E) trombocitose, anemia e linfocitose.

17. Uma gestante de 24 anos, primípara é submetida a uma cesárea de urgência devido a prolapso de cordão umbilical. O recém-nascido a termo, com peso de 3200g apresentou Apgar do 1º= 2, no 5º= 5 e no 10º=7. Foi admitido na UTI Neonatal e com 2 horas de vida evoluiu com crise convulsiva, sendo prescrito imediatamente dose de ataque de fenobarbital venoso 20mg/kg, porém, após 30 minutos, o RN apresentou nova crise convulsiva. A sua próxima conduta será a de

- A) administrar uma dose de ataque de difenilhidantoína de 20mg/kg.
- B) iniciar midazolam em infusão contínua 0,05mg/kg/h.
- C) administrar gluconato de cálcio a 10% 2ml/kg, por provável convulsão secundário à hipocalcemia.
- D) repetir o fenobarbital venoso 5 – 10 mg/kg/dose para completar uma dose de ataque total de até 40mg/kg.
- E) iniciar manutenção com fenobarbital por sonda orogástrica.

18. De acordo com o Ministério da Saúde, em relação à Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso: Método Mãe Canguru, é CORRETO afirmar que

- A) os critérios de elegibilidade do recém-nascido para a primeira etapa consistem em apresentar estabilidade clínica, nutrição enteral plena e peso mínimo de 1250g.
- B) a primeira consulta após a alta deve ser realizada após 1 semana, e podendo ser executada por uma enfermeira.
- C) o estímulo digital da sucção, executado pelo fonoaudiólogo, deve ser realizado nos recém-nascidos com peso > 1500g e em uso de sonda orogástrica.
- D) o método Mãe Canguru é uma modalidade de assistência neonatal que implica contato pele a pele precoce entre a mãe e o recém-nascido de baixo peso, de forma crescente, realizado em 2 etapas.
- E) os critérios de alta da segunda etapa incluem: recém-nascido clinicamente bem, mãe e familiares orientados e seguros, peso mínimo de 1600g e com ganho de peso adequado.

19. Gestante com 29 semanas de idade gestacional com pré-eclâmpsia é submetida a uma cesárea por apresentar dopplerfluxometria de vasos umbilicais alterado. O recém-nascido pesando 1200g apresentou Apgar de 1º= 5 e no 5º= 8. Evoluiu com desconforto respiratório leve, necessitando, apenas, de CPAP nasal. Iniciou alimentação parenteral precoce e dieta enteral no segundo dia de vida, tolerando progressivamente a dieta. No 20º dia de vida, ocorre um agravamento súbito do quadro clínico caracterizado por palidez cutaneomucosa, distensão abdominal, hipotensão com acidose metabólica. Após corrigir a acidose metabólica e a hipotensão, sua próxima conduta será a seguinte:

- A) suspender a dieta por 72 horas e reiniciá-la com hidrolisado proteico.
- B) suspender a dieta, solicitar RX de abdômen e iniciar antibioticoterapia.
- C) solicitar uma ultrassonografia abdominal urgente para o cirurgião definir a intervenção cirúrgica, já que o quadro clínico é típico de enterocolite necrosante.
- D) suspender a dieta, iniciar antibioticoterapia parenteral e enteral e manter por, no mínimo, 14 dias.
- E) pela instabilidade clínica apresentada pelo RN, está indicada a drenagem peritoneal com colocação de dreno peritoneal, pois o risco de perfuração intestinal é iminente.

20. Recém-nascido com 39 semanas de idade gestacional com peso de 3420g, de parto transpelviano com 8 horas de bolsa rota se encontra no alojamento conjunto em seio materno exclusivo. Apresentou no segundo dia de vida 2 episódios de melena. Ao exame físico, encontra-se com bom estado geral, corado, anictérico, acianótico e com restante do exame físico sem alterações. O exame laboratorial apresenta plaquetas de 70.000mm³. Em relação a esse caso, assinale a alternativa INCORRETA.

- A) Descartar as hipóteses de deglutição de sangue materno e doença hemorrágica do RN, pois ambas não cursam com plaquetopenia.
- B) Continuar a investigação para trombocitopenia imune no período neonatal, diferenciando a aloimune da autoimune.
- C) Continuar a investigação para infecção perinatal e congênita, pois ambas cursam com plaquetopenia e ainda não podem ser totalmente descartadas.
- D) Em relação à plaquetopenia e, devido ao risco de hemorragia no recém-nascido, há indicação imediata de transfusão de plaquetas.
- E) Deixar o RN em observação em ambiente hospitalar, enquanto se define o diagnóstico.

- 21. O aleitamento materno deve sempre ser estimulado, existindo poucas contra-indicações. Devemos considerar como contra-indicação ao aleitamento materno, quando**
- A) a criança for portadora de galactosemia.
 - B) a mãe apresenta febre no puerpério imediato.
 - C) a mãe apresenta resultado de antígeno de superfície para hepatite B positivo.
 - D) a mãe faz uso de hormônios tireoidianos.
 - E) a mãe faz uso de anti-epiléticos, como o ácido valproico ou fenitoína.
- 22. Trata-se de um RN pré-termo de 28 semanas de idade gestacional, com peso de nascimento de 1080g, em CPAP nasal com FiO2 de 0,5 e que apresenta pulsos amplos, FC=160bpm e um sopro sistólico em borda esternal esquerda superior. Realizou um ecocardiograma com doppler que evidencia um canal arterial patente com 2,0 mm, com sinais de repercussão hemodinâmica. Apresenta os seguintes exames laboratoriais: creatinina sérica de 1,0mg/dL, ureia de 40mg/dL e 100.000 plaquetas/mm³. Nesse momento, a conduta mais adequada é**
- A) indicar fechamento cirúrgico do canal arterial, já que a indometacina não tem bom efeito em RN \leq 28 semanas de idade gestacional.
 - B) estabilizar o RN do ponto de vista hemodinâmico com restrição hídrica e diuréticos e repetir o ecocardiograma após 48 horas.
 - C) como a creatinina sérica = 1,0mg/dL, no momento, está contra-indicada a indometacina venosa.
 - D) restrição hídrica e diuréticos, pois só está indicado fechamento farmacológico do canal arterial, quando este for $>$ 2,0mm.
 - E) indicar o fechamento farmacológico do PCA com indometacina venosa.
- 23. RN a termo nasceu em líquido amniótico meconial, com Apgar no primeiro e no quinto minuto de 5 e 8. Após assistência prestada pelo pediatra, o RN evoluiu com desconforto respiratório já na sala de parto, sendo, então, encaminhado à Unidade Neonatal. Nesse caso, é CORRETO afirmar que**
- A) o diagnóstico é uma provável Síndrome de Aspiração Meconial (SAM), que acomete 20% dos RN que nascem com líquido amniótico meconizado.
 - B) o diagnóstico radiológico não será necessário para confirmar a hipótese diagnóstica.
 - C) se deve iniciar imediatamente antibioticoterapia para esse RN.
 - D) os escapes de ar não são achados radiológicos frequentes na SAM e, portanto, não devem ser levados em consideração nesse caso.
 - E) a assistência na sala de parto pelo pediatra nos casos de líquido amniótico meconizado só se torna fundamental na presença de mecônio espesso, tipo papa de ervilha.
- 24. No alojamento conjunto, você avalia um recém-nascido com 36,5 semanas de idade gestacional e peso ao nascimento de 2800g. Atualmente está com 36 horas de vida, em aleitamento materno exclusivo e com peso de 2700g. As classificações sanguíneas da genitora e do recém-nascido são ambas A Rh +. Ao exame físico, apresenta bom estado geral, corado, eupneico e icterícia até a zona II de Kramer. A melhor conduta a ser tomada nesse caso será**
- A) instalar fototerapia intensiva, pois provavelmente essa icterícia teve início antes de 24 horas.
 - B) permanência em alojamento conjunto, com apoio e suporte à amamentação e reavaliação da icterícia.
 - C) complementar todas as mamadas com leite materno pasteurizado do Banco de Leite ou leite artificial, pois a perda de peso foi muito grande.
 - D) alta hospitalar com orientação para retorno ambulatorial com 7 dias de vida, pois se trata de uma icterícia leve em recém-nascido limítrofe e com bom peso.
 - E) alta hospitalar, pois icterícia até zona II de Kramer significa provavelmente níveis de bilirrubina sérica de 5 – 7mg/dL, caracterizando baixo risco para hiperbilirrubinemia significativa.
- 25. Em relação à apneia no período neonatal, é CORRETO afirmar que**
- A) a incidência da apneia é inversamente proporcional à idade gestacional, principalmente naqueles menores de 34 semanas de idade gestacional, com maior frequência após a segunda semana de vida.
 - B) dentre os 3 tipos de apneia, o tipo central é o mais frequente.
 - C) o CPAP nasal tem se mostrado eficaz no tratamento da apneia, devido ao seu efeito em manter as vias aéreas patentes e estimular os receptores periféricos.
 - D) as metilxantinas, aminofilina e cafeína são muito utilizadas no tratamento da apneia da prematuridade, no entanto os principais efeitos colaterais são: bradicardia, hipoglicemia e diminuição da diurese.
 - E) a respiração periódica do RN prematuro é termo utilizado para também definir apneia da prematuridade.
- 26. Você está de plantão e recebe um RN pré-termo vindo de outro serviço com 6 horas de vida e 32 semanas de idade gestacional, pesando 1350g. Nasceu de parto transpelviano devido a trabalho de parto prematuro com Apgar 4 e 7 no primeiro e no quinto minuto de vida. Ao exame, o RN apresenta estado geral regular, hipoativo, eupneico,**

FC=110bpm, FR=60bpm e temperatura axilar de 34.5°C, caracterizando hipotermia

- A) moderada, no entanto, nesse caso, é benéfica pelo efeito neuroprotetor.
- B) grave, secundária à sepse neonatal precoce.
- C) leve, necessitando de aquecimento gradual.
- D) grave, necessitando de aquecimento rápido.
- E) moderada por transporte inadequado do RN de risco.

27. Em relação à triagem neonatal, é CORRETO afirmar que

- A) o “teste do olhinho” ou teste do reflexo vermelho é considerado normal, quando os dois olhos apresentam um reflexo vermelho brilhante, devendo ser realizado apenas nos recém-nascidos a termo.
- B) o primeiro exame de triagem para retinopatia no recém-nascido pré-termo deve ser realizado após a 6ª semana de vida.
- C) a melhor época para realização do teste de triagem auditiva, através de emissões otoacústicas, é antes dos 6 meses.
- D) a presença de doença plus na classificação internacional da retinopatia da prematuridade é indicador de atividade da doença.
- E) no Brasil, a triagem neonatal para hipotireoidismo congênito ainda não é obrigatória para todos os recém-nascidos.

28. Você está realizando a primeira consulta de J.B.S., 8 anos, natural e procedente de Surubim, PE. Ele foi encaminhado após ter sido internado em enfermaria no interior, com crise de asma há 3 semanas. Na sua história, há referência de episódios prévios de sibilância desde os 2 anos de idade, associados à dermatite atópica. Nos últimos 12 meses, o paciente apresentou, aproximadamente, 8 crises de asma com atendimentos de emergência. Fora dos períodos de exacerbação, ele tem tosse seca predominantemente noturna, 4 vezes por semana que perturba seu sono. Nega sintomas sugestivos de rinite. Qual ou quais medicações preventivas você prescreveria para esse paciente?

- A) Budesonida ou beclometasona 200mcg 1 vez ao dia ou mometasona 100mcg 1 vez ao dia.
- B) Montelucaste sódico 4mg 2 vezes ao dia.
- C) Montelucaste 5mg 1 vez ao dia.
- D) Formoterol 12mcg 2 vezes ao dia.
- E) Fluticasona 50mcg associado a salmeterol 250mcg 2 vezes ao dia ou budesonida 400mcg associado a formoterol 12mcg 2 vezes ao dia.

29. Você recebeu uma criança de 39 meses no ambulatório com o seguinte relato: M.B.N., sexo feminino, tem tosse produtiva diária e pneumonia recorrente desde o início do período de lactente. A tosse é ocasionalmente associada à sibilância, e todos os 5 episódios de pneumonia foram confirmados radiologicamente em um mesmo sítio. Ela nasceu com uma fistula traqueoesofágica e operada com 1 dia de vida. Ao exame, a criança tem peso e comprimento adequados, ausculta com MV normal, com discretos estertores grossos em base pulmonar esquerda, sem sibilos e FR normal. A saturação transcutânea de oxigênio é de 97% em ar ambiente. Ausculta cardíaca sem alterações, não há baqueteamento digital. Dos diagnósticos listados, qual é a hipótese MAIS provável?

- A) Imunodeficiência primária.
- B) Malformação pulmonar congênita.
- C) Fibrose cística.
- D) Bronquiectasia.
- E) Discinesia ciliar primária.

30. Um lactente de 16 meses foi encaminhado por apresentar crises recorrentes de sibilância (mensais) desde os 6 meses de vida. Ele tem história pessoal de dermatite atópica, seus pais foram asmáticos, e ele foi amamentado até os 4 meses de vida. As crises são suficientemente acentuadas a ponto de o paciente necessitar de atendimento de urgência. Qual seria sua medida inicial até a conclusão do diagnóstico diferencial?

- A) Suspenderia o leite de vaca e derivados, uma vez que ele deixou de mamar, e as crises se iniciaram cerca de dois meses após a interrupção da amamentação.
- B) Iniciaria corticoesteróide de inalatório associado a montelucaste sódico por via oral, devido à gravidade das crises.
- C) Iniciaria corticoesteróide por via inalatória associado a broncodilatador de ação prolongada devido à gravidade das crises.
- D) Iniciaria corticoesteróide inalatório devido à gravidade das crises.
- E) Aguardaria a conclusão da investigação e manteria apenas broncodilatador oral nas crises de sibilância.

31. Você está acompanhando J.B.L. de 12 anos há 1 ano. Ele tem asma persistente moderada descontrolada. Preocupado, você decide investigar melhor as causas desse descontrole e alterar seu plano de tratamento. Sua conduta inicial em relação à terapêutica prescrita seria

- A) duplicar a dose do corticosteroide e duplicar a dose do broncodilatador de ação prolongada.
- B) aumentar a dose do corticosteroide inalatório e trocar o broncodilatador de ação prolongada.
- C) manter terapêutica prescrita e associar montelucaste.
- D) checar o cumprimento e técnica inalatória das medicações prescritas e, estando adequadas, ajustar as doses dos medicamentos.
- E) trocar os dispositivos inalatórios.

32. O diagnóstico definitivo de fibrose cística deve ser firmado

- A) quando duas dosagens do cloreto no suor estiverem acima de 60mEq/L, acompanhadas dos outros critérios para o diagnóstico de fibrose cística.
- B) após confirmação da presença de uma mutação no gene da fibrose cística.
- C) quando o paciente tiver história de infecções respiratórias de repetição e colonização por *S. aureus*.
- D) quando o paciente tiver história familiar positiva para fibrose cística e sintomas de má absorção.
- E) quando a dosagem de tripsina imunorreativa (IRT) estiver alterada no teste de triagem neonatal ("teste do pezinho").

33. Você recebeu um lactente de 6 meses com história de estridor desde os primeiros dias de vida. Na anamnese, você registra que o ruído surgiu nos primeiros dias de vida e que vem se agravando a cada dia, não ocorrendo variações com as mudanças de decúbito. O lactente já foi atendido em emergência duas vezes, pois apresentou cianose e sufocação durante as alimentações. A mãe não observou choro rouco. Nos antecedentes, o parto foi cesáreo, a termo, sem intercorrências, Apgar 9/10. Nas suas considerações diagnósticas, em primeiro lugar, você incluiria

- A) fístula traqueoesofágica.
- B) anel vascular.
- C) paralisia de corda vocal.
- D) papilomatose recorrente de laringe.
- E) laringomalácia.

34. Você está iniciando o tratamento preventivo de asma para F.H.V., 7 anos. Na sua receita, você também irá incluir o broncodilatador de curta duração para as crises agudas. Considerando essa idade, quais seriam os dispositivos inalatórios mais adequados?

- A) Preventivo: inalador de pó. Crise: inalador de pó.
- B) Preventivo: inalador de pó. Crise: aerossol dosimetrado sem espaçador.
- C) Preventivo: nebulizador ultrassônico. Crise: nebulizador ultrassônico.
- D) Preventivo: inalador de pó. Crise: aerossol dosimetrado com espaçador e peça bucal.
- E) Preventivo: inalador de pó. Crise: aerossol dosimetrado com máscara.

35. Você está acompanhando as provas de função pulmonar de alguns pacientes do ambulatório. Assinale a opção CORRETA que corresponda a um paciente portador de doença obstrutiva.

- A) CVF normal ou aumentada; CPT aumentada; VEF₁ diminuído; VEF₁ / VCF diminuído e FEF 25-75 diminuído.
- B) CVF normal ou diminuída; CPT aumentada; VEF₁ diminuído; VEF₁ / VCF diminuído e FEF 25-75 diminuído.
- C) CVF normal ou aumentada; CPT aumentada; VEF₁ normal; VEF₁ / VCF diminuído e FEF 25-75 diminuído.
- D) CVF normal ou aumentada; CPT aumentada; VEF₁ aumentado; VEF₁ / VCF diminuído e FEF 25-75 diminuído.
- E) CVF normal ou aumentada; CPT aumentada; VEF₁ diminuído; VEF₁ / VCF diminuído e FEF 25-75 normal ou aumentado.

36. Você está acompanhando as provas de função pulmonar de alguns pacientes do ambulatório. Assinale a opção CORRETA que corresponda a um paciente portador de doença restritiva.

- A) CVF normal; CPT diminuída; VEF₁ normal ou diminuído; VEF₁ / VCF normal ou diminuído e FEF 25-75 normal ou diminuído.
- B) CVF diminuído; CPT diminuída; VEF₁ normal ou diminuído; VEF₁ / VCF normal ou diminuído e FEF 25-75 normal ou diminuído.
- C) CVF diminuída; CPT diminuída; VEF₁ aumentado; VEF₁ / VCF normal ou diminuído e FEF 25-75 normal ou diminuído.
- D) CVF diminuída; CPT diminuída; VEF₁ normal ou diminuído; VEF₁ / VCF normal ou diminuído e FEF 25-75 aumentado.
- E) CVF aumentada; CPT diminuída; VEF₁ normal ou diminuído; VEF₁ / VCF normal ou diminuído e FEF 25-75 normal ou diminuído.

37. Você está acompanhando pacientes em tratamento de tuberculose pulmonar. J.G.A. de 8 anos estava no 3º. mês de tratamento com esquema tríplice, porém abandonou o tratamento há mais de 30 dias. Qual a sua conduta?

- A) Iniciar esquema alternativo.
- B) Realizar nova investigação para tuberculose antes de reintroduzir esquema tríplice básico.
- C) Iniciar esquema especial.
- D) Caso o paciente esteja clinicamente estável, manter medicações suspensas e acompanhar.
- E) Reiniciar esquema tríplice básico e completar 12 meses de tratamento.

38. Assinale a assertiva FALSA.

- A) São fatores desencadeantes de crise de hipóxia – choro, infecção e uso de betabloqueador.
- B) Os sinais de hipóxia cerebral aparecem dependendo da gravidade e duração da crise de hipóxia.
- C) A idade que a crise de hipóxia incide com a maior frequência, varia dos 2 meses aos 6 meses de idade.
- D) Dentre os cuidados preventivos da crise de hipóxia, o combate à policitemia e anemia se faz pertinente.
- E) A crise de hipóxia caracteriza-se, inicialmente, pelo aumento da cianose, hiperpneia e agitação.

39. Em relação aos sopros inocentes, assinale a alternativa INCORRETA.

- A) Os sopros contínuos são sempre considerados patológicos.
- B) É o tipo de sopro mais comum na infância.
- C) O termo “inocente” significa que é decorrente do fluxo sanguíneo normal, fluindo num sistema cardiovascular normal.
- D) Os sopros diastólicos geralmente são patológicos.
- E) O ecocardiograma é um exame útil no diagnóstico diferencial.

40. Qual das medicações deve ser utilizada inicialmente na emergência, no quadro de ICC?

- A) Diurético-furosemida.
- B) Diurético-espirolactona.
- C) Inibidor de ECA-captopril.
- D) Betabloqueadores-carvedilol.
- E) Bloqueador do canal de cálcio – nifedipina.

41. São exemplos de cardiopatias que comumente descompensam no período neonatal e necessitam de intervenção imediata apropriada, EXCETO

- A) estenose pulmonar.
- B) comunicação interventricular.
- C) coarctação da aorta.
- D) hipoplasia do coração esquerdo.
- E) transposição dos grandes vasos.

42. O uso de inibidores da enzima de conversão da angiotensina no tratamento da hipertensão renovascular está contraindicado na seguinte situação:

- A) estenose de artéria renal unilateral.
- B) estenose de artéria renal bilateral.
- C) presença de cicatrizes renais na cintilografia renal com DMSA.
- D) arterite de Takayasu.
- E) coarctação da aorta.

43. Diante da detecção de hipertensão arterial em um lactente de 6 meses, durante a consulta de rotina, a conduta MAIS adequada será

- A) iniciar tratamento com diurético tiazídico e solicitar USG abdominal.
- B) manter sem qualquer medicação, mas iniciar imediatamente uma investigação diagnóstica completa de hipertensão arterial.
- C) avaliar a pressão arterial em, pelo menos, duas outras ocasiões, de preferência com a criança dormindo, antes de iniciar qualquer conduta diagnóstica ou terapêutica específica.
- D) iniciar o tratamento com medicação betabloqueadora e solicitar RX tórax, dosagem de catecolaminas urinárias e USG abdominal.
- E) manter sem medicação e encaminhar a criança para o ambulatório de cardiologia e nefrologia pediátricas, para que seja iniciada a investigação diagnóstica.

44. Diante dos achados clínicos e/ou laboratoriais abaixo de um menino de 6 anos com 20Kg, quando você daria o diagnóstico de síndrome nefrótica?

- A) História de edema de face recorrente, albumina 3,5g/dl e sumário de urina: proteína 1+.
- B) Colesterol total 320mg/dl, albumina 2,8g/dl e sumário de urina: 2+.
- C) História de segundo episódio de edema em face e MMII, albumina 2,4g/dl e proteinúria/24h: 1g.
- D) Sumário de urina: 4+, sangue 1+, cilindros hialinos, colesterol total 250mg/dl e albumina 3,0g/dl.
- E) PA = 116 x 80mmHg, proteinúria/24h: 900mg, albumina 2,8g/dl e urina espumosa.

45. Em relação ao quadro laboratorial da Insuficiência Renal Aguda-IRA, assinale a alternativa CORRETA.

- A) Consideramos azotemia, quando o valor laboratorial de ureia for acima de 200mg/dl.
- B) Na acidose metabólica (pH < 7,36 e HCO₃ < 15mEq/l), o potássio se eleva até 1,8mEq/l para cada redução de 0,1 unidade no pH da gasometria.

- C) A hiponatremia na IRA ($\text{Na}^+ < 135\text{mEq/l}$) é considerada dilucional, e, por esse motivo, sua correção é feita, apenas, por meio da restrição hídrica.
- D) Consideramos uremia quando o paciente tem ureia $\geq 150\text{mg/dl}$ e clinicamente apresenta desorientação, vômitos, atrito pericárdico, sangramentos, sonolência, podendo chegar à convulsão e coma.
- E) Potássio sérico maior ou igual a 6mEq/l é indicação formal de tratamento dialítico

46. Criança de 4 anos, previamente saudável, apresenta subitamente equimoses e petéquias em todo o corpo. Nega febre, uso de medicamentos e outras queixas. Ao exame físico, há bom estado geral, ausência de hepatoesplenomegalia e adenomegalias. Mãe informa que, há aproximadamente, três semanas, seu filho teve um quadro viral, com resolução em 48 horas. Foi realizado hemograma que mostrou: hemoglobina 13 mg/dl, índices eritrocitários normais, leucócitos totais 8500/mm³ (contagem diferencial normal), plaquetas 40.000/mm³. No esfregaço sanguíneo, foram observadas algumas plaquetas maiores que o tamanho normal. Em relação a esse caso clínico, qual das afirmações abaixo é a CORRETA?

- A) O diagnóstico provável é púrpura trombocitopênica imune aguda, sendo obrigatória a realização de mielograma em todos os casos, para excluir outros diagnósticos, especialmente leucemia aguda.
- B) O diagnóstico é púrpura de Henoch-Schölein, a vasculite mais frequente em crianças e adolescentes, caracterizada por púrpura plaquetopênica.
- C) O diagnóstico provável é leucemia, pelo surgimento súbito de petéquias e equimoses disseminadas em criança previamente saudável.
- D) O diagnóstico é púrpura trombocitopênica imune aguda, não havendo necessidade de se realizar mielograma nos casos típicos e não complicados, sendo o diagnóstico frequentemente baseado no quadro clínico, hemograma e esfregaço de sangue periférico.
- E) O diagnóstico provável é púrpura de Henoch-Schölein, necessitando-se, para confirmação diagnóstica, da biópsia das lesões.

47. Adolescente de 12 anos chega à UPA com queixa de urina escura há 3 dias. Nega febre, uso de medicamentos e outras queixas. Durante exame físico, foram observados discreto edema periorbitário bilateral e pressão arterial 140x90 mmHg., além de algumas manchas hipercrômicas no tronco, atribuídas a quadro de escabiose ocorrido há 4 semanas. No exame de urina, foram vistos: discreto aumento na densidade, hematúria, proteinúria, leucocitúria e cilindrúria. Na condução desse caso, qual das afirmações abaixo é a CORRETA?

- A) Trata-se de um caso de glomerulonefrite difusa aguda pós-estreptocócica (GNPE) associada à infecção do trato urinário, pois há leucocitúria. Deve ser solicitada cultura de urina, iniciar tratamento antimicrobiano, além das medidas adequadas para a GNPE.
- B) Para confirmação da GNPE, a dosagem do complemento sérico C3 é fundamental, pois existem outras glomerulopatias com apresentações clínicas iniciais semelhantes, mas, de tratamento e prognóstico diferentes, ao contrário da maioria dos casos de GNPE, que não apresentam C3 diminuído.
- C) O exame mais importante para o diagnóstico da GNPE é a determinação do título de antistreptolisina O (ASO), pois demonstra a associação com a infecção estreptocócica prévia.
- D) O tratamento da GNPE deve ser preferencialmente hospitalar, para controle rigoroso da pressão arterial e diurese.
- E) O antibiótico de escolha na GNPE é a penicilina benzatina, que deve ser aplicada o mais cedo possível, para minimizar a duração da doença bem como a gravidade.

48. Criança de 2 anos, previamente saudável, apresenta quadro de diarreia há 3 dias. Ao exame físico, mostra-se com estado geral regular, sem toxemia e sem sinais de desidratação. A mãe traz exames solicitados em outra Unidade: pesquisa de Rotavírus negativa e cultura positiva para Salmonella. Nesse tipo de infecção, o uso de antimicrobianos

- A) está indicado, por diminuir o período de diarreia.
- B) está indicado, para prevenir doença invasiva.
- C) está indicado, para reduzir a possibilidade de recidivas.
- D) pode prolongar a excreção da bactéria por alterar a flora normal.
- E) pode diminuir o número de pacientes que se tornarão portadores crônicos.

49. Uma criança de 3 anos de idade apresenta um quadro agudo de cefaleia, febre e vômitos. Ao exame, observamos regular estado geral, com rigidez de nuca e sinais de Kerning e Brudzinski positivos. Restante do exame físico sem alterações. Foi realizado exame do LCR, com o seguinte resultado: punção lombar – 300 leucócitos, 30% de neutrófilos, 15% de monócitos, 55% de linfócitos, proteínas de 50 mg/dl, glicose 52mg% e bacterioscopia negativa. Qual das afirmações abaixo é a CORRETA?

- A) Devido ao número total de células, o diagnóstico provavelmente é de meningite bacteriana.
- B) Penicilina e cloranfenicol são os antimicrobianos de eleição nesse caso, devido à idade da criança e ao exame líquórico, sendo preferível cefalosporina de terceira geração.
- C) A conduta deve ser expectante, com terapêutica de suporte e sintomáticos.
- D) Há indicação de novo exame líquórico 48 horas após o exame inicial.

E) Deve-se fazer a quimioprofilaxia nos contactantes domiciliares.

50. José tem 1 ano e 8 meses e jamais se consultou com pediatras, até 2 meses atrás, quando veio ao Posto de Saúde para o primeiro atendimento. Nasceu de parto normal, a termo, com peso adequado. Esteve em aleitamento materno exclusivo nos primeiros dois meses, sendo, então, introduzidos leite de vaca integral, sucos e sopas. Atualmente, come “tudo”, embora prefira mingau. Ao exame físico, apresenta-se com bom estado geral, hipocorado+/4, peso e comprimento entre percentis 15 e 50. Na primeira consulta, foram solicitados alguns exames com os seguintes resultados: hemoglobina 10,0 g/dL, hematócrito 31%, VCM 73 μ 3, RDW 16%, plaquetas 600.000. Considerando as informações acima, qual das seguintes afirmativas é a CORRETA?

- A) Trata-se de uma criança com peso e comprimentos adequados, com exames normais, apesar da palidez encontrada no exame físico.
- B) Provavelmente é um caso de anemia por deficiência de ferro, que poderia ser prevenida com a adequação da dieta e suplementação profilática de ferro, por ocasião da introdução de alimentos complementares.
- C) Como os exames sugerem o primeiro estágio da deficiência de ferro, a conduta correta é orientar dieta com alimentos ricos em ferro e repetir exames após 3 meses.
- D) A suplementação profilática de ferro não estaria indicada nesse caso, pois a criança não foi prematura.
- E) O RDW está baixo nas anemias ferroprivas.