



**01. Maria com 7 anos, portadora de imunodeficiência congênita tipo celular, estava internada na UTI por quadro de infecção respiratória, em uso de antibioticoterapia de amplo espectro há 10 dias. No exame do LCR, colhido por persistência da febre, encontrou-se aumento de proteínas, glicorraquia normal e 380 células com predomínio de linfomononucleares. A coloração por tinta da China foi positiva. Qual é a hipótese diagnóstica?**

- A) Meningite bacteriana subaguda por *Listeria monocytogenes*
- B) Meningite fúngica
- C) Meningite tuberculosa.
- D) Meningite bacteriana parcialmente tratada
- E) Meningite viral, provavelmente por herpesvírus, secundária à imunodeficiência.

**02. Em relação aos critérios de gravidade encontrados em pacientes com asma aguda grave, assinale a alternativa INCORRETA.**

- A)  $\text{SatO}_2 < 90\%$  em pacientes em ar ambiente é um critério fortemente sugestivo da necessidade de internação hospitalar.
- B)  $\text{SatO}_2 < 80\%$  no pré-tratamento está associada a um risco aumentado de admissão em UTI.
- C) O pulso paradoxal oferece um dado clínico importante, sendo valores superiores a 20mmHg associados a crises de grave intensidade.
- D) Os principais fatores relacionados ao risco de exacerbação grave são: crianças maiores que 8 anos, não adesão a tratamentos prévios, recente suspensão de corticoterapia, história de internações anteriores em UTI.
- E) O uso da musculatura acessória, como o esternocleidomastoideo, se correlaciona com a gravidade da crise.

**03. Sobre Parada Cardiorrespiratória (PCR) em crianças, assinale a alternativa INCORRETA.**

- A) No caso de PCR súbita e inesperada, o ritmo mais esperado é a assistolia que ocorre naqueles pacientes portadores de cardiopatia ou vítima de overdose por drogas ilícitas.
- B) A melhor técnica de compressões torácicas em um lactente de 4,5Kg para dois socorristas é o emprego dos dois polegares abaixo da linha intermamilar, circundando o tórax com as mãos.
- C) A reanimação cardiopulmonar deve-se iniciar com as compressões torácicas antes da abertura das vias aéreas e ventilação.
- D) De uma forma geral, o ritmo mais frequente de PCR em crianças de 0 a 8 anos é a assistolia.
- E) No cenário da atividade elétrica sem pulso, a hipovolemia é a causa mais frequente em pediatria.

**04. Qual é a forma mais adequada para se diagnosticar hipotireoidismo congênito?**

- A) Dosar o TSH entre 2 e 5 dias de vida e considerar o hipotireoidismo quando o TSH estiver elevado, independentemente do valor de  $T_4$ .
- B) Dosar o TSH aos 30 dias de vida e considerar hipotireoidismo quando o nível for maior do que  $5\mu\text{U/ml}$ .
- C) Dosar o TSH com 48 horas de vida e considerar hipotireoidismo apenas quando o valor for maior que  $50\mu\text{U/ml}$ .
- D) Dosar somente o  $T_3$  e o  $T_4$ .
- E) Dosar simultaneamente  $T_3$  e TSH.

**05. Menino de 4 anos, primeiro filho de um casal não consanguíneo, apresenta aumento peniano, volume testicular de 6 ml bilaterais e simétricos. Idade óssea de 8 anos, pelos pubianos estágio II de Tanner, testosterona plasmática de 250 ng/dl e LH = 2,4 UI/L. Considerando o quadro clínico, assinale a alternativa CORRETA.**

- A) O quadro clínico é compatível com Hiperplasia Adrenal Congênita e necessita da medida de 17-OHP- progesterona para se confirmar o diagnóstico.
- B) O diagnóstico mais provável é de testotoxicose.
- C) A hipótese de hamartoma hipotalâmico como fator etiológico deve ser suspeitada, e uma RNM da região hipotálamo-hipofisária se faz necessária.
- D) A hipótese de um tumor adrenal como fator etiológico não pode ser afastada.
- E) Pode ser um caso de Antecipação Constitucional de Crescimento e Puberdade.

**06. A deficiência de hormônio de crescimento é uma causa de baixa estatura proporcional. Em relação a essa afirmativa, assinale a alternativa INCORRETA.**

- A) A velocidade de crescimento geralmente está abaixo da média, e a estatura, abaixo do perfil familiar.
- B) Nos casos de deficiência congênita, os meninos podem apresentar micro pênis.
- C) Os pacientes apresentam hipodesenvolvimento dos ossos de face e diminuição de tecido celular subcutâneo.
- D) Traumatismo ou tumores do SNC podem causar deficiência de hormônio de crescimento.
- E) As crianças com deficiência do hormônio do crescimento cursam com atraso de idade óssea.

**07. Paciente de 6 meses é encaminhado ao ambulatório com queixa de estridor desde 20 dias de vida. O estridor vem piorando ao longo do tempo, prejudicando a alimentação, acompanhado de episódios de sufocação e cianose. Não há rouquidão, e o estridor não se modifica com mudança de decúbito.**

**A principal hipótese diagnóstica é**

- A) papilomatose laríngea.
- B) laringomalácia.
- C) paralisia de prega vocal.
- D) anel vascular.
- E) hemangioma subglótico.

**08. Paciente de 15 meses é encaminhado para consulta por apresentar crises frequentes de sibilância. O primeiro episódio aconteceu aos 6 meses, após infecção respiratória viral. Desde então, os episódios de sibilância são graves, com necessidade de internamento, uso de oxigenioterapia e resolução lenta. O último episódio ocorreu há 15 dias. Antecedentes pessoais: parto normal, termo, sem intercorrências. No exame físico, apresenta sibilância difusa, frequência respiratória de 68ipm, tiragem intercostal e saturação de oxigênio de 92%. As radiografias de tórax revelam discretas condensações perihilares.**

**A principal hipótese diagnóstica é**

- A) asma.
- B) fibrose cística.
- C) displasia broncopulmonar.
- D) bronquiolite obliterante.
- E) malformação adenomatoide cística.

**09. Paciente com 45 dias de vida é encaminhado no ambulatório com teste de triagem neonatal positivo para fibrose cística. O sangue foi colhido no décimo dia de vida. Uma nova dosagem foi realizada no vigésimo dia de vida e novamente alterada.**

**A conduta adequada é**

- A) repetir o teste após 30 dias de vida.
- B) dosar a tripsina imunoreativa no sangue.
- C) dosar sódio e cloreto no suor.
- D) a doença já está confirmada, pois o paciente possui dois exames alterados.
- E) dosar a elastase fecal.

**10. Paciente com 7 anos de idade é acompanhado por asma. Recentemente, seu médico indicou o uso diário de corticoide por via inalatória, para controle da asma. Levando em consideração a idade do paciente, o dispositivo inalatório mais adequado é**

- A) aerossol dosimetrado sem espaçador.
- B) inalador de pó seco.
- C) nebulizador mecânico.
- D) aerossol dosimetrado com espaçador valvulado e máscara facial.
- E) nebulizador ultrassônico.

**11. Paciente de 6 anos chega à emergência com crise aguda de asma. Na avaliação inicial, a crise é classificada como grave. A conduta inicial pelas Diretrizes Brasileiras para o Manejo da Asma – 2012 é a seguinte:**

- A) broncodilatador beta 2 adrenérgico associado ao brometo de ipratrópio por via inalatória.
- B) broncodilatador beta 2 adrenérgico por via intravenosa.
- C) hidrocortisona por via intravenosa.
- D) sulfato de magnésio por via intravenosa.
- E) prednisolona por via oral.

**12. Paciente internado com diagnóstico de pneumonia e empiema pleural direitos. Hoje é o sexto dia de internamento e drenagem pleural fechada. Há 24 horas, o dreno parou de oscilar, e a melhora clínica do paciente é evidente.**

**A conduta é**

- A) radiografar o tórax com o dreno aberto.
- B) converter a drenagem torácica fechada em aberta.
- C) realizar ultrassonografia torácica.
- D) realizar tomografia de tórax.
- E) retirar o dreno torácico.

**13. Em relação às Leucemias da infância, qual das alternativas abaixo é INCORRETA?**

- A) A síndrome de Down é o fator predisponente genético mais comum associado ao risco de leucemia.
- B) A Leucemia Linfóide Aguda (LLA) representa cerca de 25% das leucemias da infância e é discretamente mais frequente no sexo feminino, com maior incidência entre 5 e 10 anos de idade.
- C) O tratamento da LLA da criança é um dos maiores sucessos da terapia moderna em oncologia pediátrica. Atualmente cerca de 80% das crianças diagnosticadas com LLA estão sendo curadas.
- D) Os fatores associados a um pior prognóstico nos pacientes com LLA incluem: idade < 1 ano ou > 10 anos, hiperleucocitose, envolvimento do SNC, má resposta ao tratamento inicial, linhagem T e determinadas alterações citogenéticas.
- E) Em relação à Leucemia Mieloide Aguda, podemos encontrar alguns achados, como: doença extra medular, principalmente infiltração de pele e massas tumorais, conhecidas como cloromas, que podem ocorrer em qualquer local, sendo os mais comuns órbita, cordão medular e pele.

**14. Em relação aos Linfomas da infância, qual das alternativas abaixo é INCORRETA?**

- A) Pacientes com imunodeficiências congênitas ou adquiridas, os que utilizam terapias imunodepressoras e os infectados pelo HIV, apresentam maior risco de desenvolver Linfoma não Hodgkin.
- B) No Nordeste do Brasil, os Linfomas não Hodgkin acometem mais frequentemente crianças entre 6 e 12 anos de idade.
- C) A apresentação clínica dos linfomas costuma ter evolução rápida, estando relacionada ao local inicial e à extensão da doença. Em geral, cerca de 80% é diagnosticada em estádios iniciais.
- D) O aumento do ácido úrico e da desidrogenase láctica (DHL), devido à grande lise celular, são achados frequentes no Linfoma não Hodgkin.
- E) O Linfoma de Hodgkin é uma doença essencialmente nodal, que se apresenta com aumento indolor de linfonodos.

**15. Em relação aos tumores sólidos da infância, qual das alternativas abaixo é INCORRETA?**

- A) O neuroblastoma é um tumor maligno do sistema nervoso simpático, e sua maior incidência ocorre em criança menores de 5 anos.
- B) O tumor de Wilms pode se apresentar com hematúria e hipertensão arterial.
- C) Os rhabdomyosarcomas são os sarcomas de partes moles mais comuns na infância.
- D) O principal sítio de metástase do neuroblastoma é o pulmão.
- E) As três localizações mais comuns do osteossarcoma são: a região do úmero proximal, a porção distal do fêmur e a tíbia proximal.

**16. A Síndrome de Lise Tumoral ocorre geralmente após início de tratamento quimioterápico, ou mesmo, de forma espontânea. Dentre os tumores abaixo, qual é o que apresenta maior risco de desencadear essa síndrome?**

- A) Retinoblastoma
- B) Neuroblastoma
- C) Meduloblastoma
- D) Linfoma de Burkitt
- E) Melanoma maligno

**17. Em relação ao quadro clínico do refluxo gastroesofágico, é INCORRETO afirmar que**

- A) a síndrome de Sandifer caracteriza-se pela postura anormal da cabeça em crianças neurologicamente normais, associada à esofagite de refluxo.
- B) nos lactentes, as regurgitações tornam-se mais evidentes a partir do 2º mês de vida, com pico de incidência entre o 4º e o 5º mês.
- C) a partir do 2º ano de vida, os vômitos e as regurgitações tornam-se menos frequentes, sendo mais comuns os sintomas de dor retroesternal e epigástrica.
- D) o vômito é um sintoma típico do refluxo gastroesofágico e, quando presente, exclui doenças como alergia à proteína do leite de vaca.
- E) a macrocefalia, a distensão abdominal e o abaulamento de fontanela são considerados sinais de alerta para outras patologias.

**18. A doença celíaca é uma doença disabsortiva e caracteriza-se, histologicamente, pela presença de atrofia vilositária e infiltrado de linfócitos. São doenças com características clínicas e histológicas semelhantes, EXCETO**

- A) enteropatia ambiental.
- B) síndrome da imunodeficiência adquirida.
- C) infecção por enterovírus.
- D) alergia à proteína do leite de vaca.
- E) retocolite ulcerativa.

**19. O crescimento bacteriano é uma condição associada a um grupo de doenças que favorecem a ascensão de bactérias colônicas e colonização anormal por essas bactérias no intestino delgado. São condições/doenças que podem evoluir com sobre crescimento bacteriano, EXCETO**

- A) estenose hipertrófica do piloro.
- B) síndrome do intestino curto.
- C) enteropatia ambiental.
- D) síndrome da imunodeficiência adquirida.
- E) doença celíaca.

**20. A diarreia persistente é definida pela OMS como um episódio diarreico de causa presumivelmente infecciosa, que se inicia como um episódio agudo e se prolonga de forma não usual por um período igual ou superior a 14 dias, acarretando agravo ao estado nutricional e alto risco de morte.**

**A profilaxia é importante e consiste em algumas medidas e/ou práticas comprovadamente de impacto, entre elas:**

- A) antibioticoterapia e reidratação oral durante o quadro de diarreia aguda bacteriana, além da suplementação de zinco.
- B) aleitamento materno, suplementação oral de zinco e terapia de reidratação oral durante o quadro agudo de diarreia.
- C) retirada do glúten da dieta da criança, suplementação de zinco e terapia de reidratação oral durante o quadro agudo de diarreia.
- D) aleitamento materno, antibioticoterapia durante o quadro agudo de diarreia e retirada do glúten da dieta da criança.
- E) suplementação de vitamina A, antibioticoterapia durante o quadro agudo de diarreia e retirada do glúten da dieta da criança.

**21. Em relação às formas de apresentação da alergia alimentar, é INCORRETO afirmar que**

- A) a síndrome da alergia oral caracteriza-se por angioedema, prurido, formigamento dos lábios, língua, palato e orofaringe após contato com proteínas alimentares, sendo mediada por IgE.
- B) a enterocolite consiste em vômitos intratáveis, palidez, diarreia mucossanguinolenta 1 a 3 horas após a ingestão da proteína alimentar, não sendo mediada por IgE.
- C) a enteropatia, induzida por proteínas alimentares, provoca diarreia crônica, eritema perianal, distensão abdominal, perda de peso, presença de anticorpo antitransglutaminase positivo com valores altos, sendo, também, mediada por IgE.
- D) a anafilaxia após ingestão de proteínas alimentares consiste em sintomas como urticária, hipotensão, broncoespasmo, sendo IgE mediada.
- E) a proctite consiste em enterorragia com estado geral satisfatório e ganho de peso adequado, algumas vezes associado à cólica e irritabilidade, não sendo mediada por IgE.

**22. A doença celíaca é uma enteropatia crônica, mediada por fenômenos imunológicos, que determinam alterações intestinais e sistêmicas em indivíduos geneticamente susceptíveis, sendo desencadeada pela ingestão de glúten presente nos grãos, como o trigo, o centeio e a cevada.**

**O diagnóstico é feito em vigência de dieta com glúten, e o protocolo indicado é triagem sorológica com anticorpo**

- A) antissacaromices do tipo IgA, dosagem de imunoglobulina IgA e biópsia duodenal nos pacientes com sorologia positiva.
- B) antissacaromices do tipo IgA, dosagem de imunoglobulina IgA e biópsia de cólon nos pacientes com sorologia positiva.
- C) antitransglutaminase do tipo IgA, determinação de HLA DQ2 e DQ8 e biópsia de cólon nos pacientes com sorologia e HLA positivos.
- D) antissacaromices do tipo IgA, determinação de HLA DQ2 e DQ8 e biópsia de cólon nos pacientes com sorologia e HLA positivos.
- E) antitransglutaminase do tipo IgA, dosagem de imunoglobulina IgA e biópsia duodenal nos pacientes com sorologia positiva.

**23. Uma criança de 5 anos de idade apresenta um quadro agudo de cefaleia, febre baixa e vômitos. Ao exame, observamos estado geral decaído, com rigidez de nuca e sinais de Kerning e Brudzinski positivos. Realizado exame do LCR imediato, com o seguinte resultado: punção lombar – 1400 leucócitos, 75% de neutrófilos, 25% de monócitos, proteínas de 93, glicose 26mg% bacterioscopia na urgência: presença de diplococos gram negativo. Aguarda a cultura. Qual das afirmações abaixo é a CORRETA?**

- A) O diagnóstico pelo LCR é provável de ser meningite viral. A conduta inicial é expectante, com vigilância e terapêutica de suporte e repetição do LCR em 24 horas, para confirmação da bacterioscopia.
- B) O diagnóstico é provavelmente de meningite tuberculosa, e a conduta é o uso de esquema tríplex e corticoide.
- C) O diagnóstico é provavelmente de meningite bacteriana. A conduta em relação aos contactantes deverá ser o uso de rifampicina 10mg/kg de 12/12 horas por 2 dias.
- D) O diagnóstico é provavelmente de meningite bacteriana, e a conduta terapêutica é o uso de ampicilina associada à ampicacina.
- E) Pela indefinição do agente etiológico, inicia-se antibiótico venoso com vancomicina já que o crescimento da resistência ao pneumococo é uma realidade preocupante no Brasil, enquanto se aguarda a cultura.

## QUADRO CLÍNICO PARA AS QUESTÕES 24 E 25

*Recém-nascido com 36 semanas de idade gestacional e peso ao nascer de 2995g. Nasceu de parto normal, com Apgar 8 e 9, sendo encaminhado ao alojamento conjunto. Evoluiu sem intercorrências e recebeu alta hospitalar com 32 horas de vida, apresentando icterícia em zona I. A classificação sanguínea materna e do recém-nascido eram iguais: (A+). A mãe foi orientada a oferecer aleitamento materno exclusivo e retornar com 7 dias ao posto de saúde. No quinto dia de vida, a genitora referiu sonolência, dificuldade para mamar e coloração bastante amarela nos olhos, na pele dos pés e nas mãos do recém-nascido. Como o neonato evoluiu com irritabilidade, choro constante, procurou a emergência pediátrica antes da data agendada. Ao exame físico: icterícia até Z V, irritado e com hipertonia. O peso atual estava em 2450g. Bilirrubina total na admissão: 27mg/dL*

**24. Referente ao caso clínico e à prevenção da hiperbilirrubinemia, assinale a alternativa INCORRETA.**

- A) O recém-nascido pretermo tardio icterico necessita ser avaliado quanto aos níveis de bilirrubina antes da alta hospitalar
- B) O Ministério da Saúde e a Sociedade Brasileira de Pediatria recomendam a alta hospitalar após 48 horas de vida, com o aleitamento materno bem estabelecido.
- C) Os genitores/ cuidadores de recém-nascido pretermo tardio devem ser informados dos riscos da icterícia, e o agendamento da consulta ambulatorial deve ser realizado até 48 a 72 horas após a alta hospitalar.
- D) Nesse caso clínico, a forma como estava ocorrendo o aleitamento materno não influenciou no agravamento da icterícia, pois a possível causa foi a imaturidade hepática relacionada à prematuridade.
- E) A encefalopatia bilirrubínica é um provável diagnóstico clínico para esse paciente, pois as manifestações clínicas secundárias à neurotoxicidade da bilirrubina, tais como irritabilidade e hipertonia, são os primeiros sinais de evidência clínica da doença na primeira semana de vida.

**25. Em relação aos fatores de risco para hiperbilirrubinemia nesse caso clínico, é CORRETO afirmar que**

- A) a idade gestacional de 36 semanas e o peso ao nascer g não são considerados fatores de risco maior para a hiperbilirrubinemia
- B) o aleitamento materno é protetor por apresentar enzimas que ajudam na degradação da bilirrubina em nível intestinal.
- C) a alta precoce, antes de 48 horas de vida, assim como a não avaliação da icterícia em recém-nascidos pré-termo tardio foram falhas na condução do caso clínico, favorecendo a evolução para a encefalopatia bilirrubínica aguda.
- D) a dosagem da bilirrubina não é realizada de rotina, por não haver associação com a neurotoxicidade causada pela bilirrubina.
- E) a perda de peso encontrada no quinto dia de vida é aceitável para o recém-nascido, pois estava em aleitamento materno.

**26. Em relação à avaliação da vitalidade ao nascer, assinale a alternativa CORRETA.**

- A) O tônus do recém-nascido não é importante para avaliar a vitalidade; o parâmetro mais utilizado é a frequência respiratória e a cardíaca.
- B) A presença de cianose de extremidades é fortemente indicativa de hipoxemia.
- C) A frequência cardíaca é o parâmetro, que determina a indicação e a eficácia da reanimação.
- D) A frequência respiratória é mais importante que o ritmo respiratório.
- E) O profissional de saúde deve se orientar pelo boletim de Apgar para iniciar a reanimação.

**27. Genitora com pré-eclâmpsia grave e 30 semanas de idade gestacional foi submetida a um parto cesáreo. Recém-nascido nasceu pesando 1000g e evoluiu com dispneia precoce necessitando de CPAP. Foi realizado cateterismo umbilical e iniciada nutrição parenteral. No terceiro dia de vida, foi suspenso CPAP e iniciada dieta por sonda orogástrica com leite artificial. Evoluiu estável, em ar ambiente e aceitando a dieta. No sétimo dia de vida, foram suspensos cateter umbilical e nutrição parenteral. Com 16 dias de vida, apresentou resíduo gástrico, distensão abdominal e raios de sangue nas fezes.**

**Qual é a principal hipótese diagnóstica e quais exames devem ser solicitados inicialmente?**

- A) Sepses neonatal tardia, hemograma com plaquetas, PCR e hemocultura.
- B) Déficit de vitamina K, hemograma com plaquetas e TPAE.
- C) Enterocolite necrotizante, hemograma com plaquetas, PCR, hemocultura e Rx simples de abdômen.
- D) Doença do refluxo gastro-esofágico, USG de abdômen.
- E) Enterocolite necrotizante, USG de abdômen e parecer da cirurgia pediátrica.

**28. Menor nascido de parto normal, termo, genitora sem pré-natal, líquido amniótico meconial fluido evolui com dispneia progressiva, necessitando de intubação em sala de parto. Ao exame, observou-se abdômen escavado e ausculta cardíaca mais audível à direita.**

**Qual é a principal hipótese diagnóstica?**

- A) Hérnia diafragmática
- B) Sepsis neonatal precoce
- C) Pneumonia estreptocócica
- D) Síndrome da aspiração meconial
- E) Obstrução intestinal alta

**29. Qual é a conduta adequada para um recém-nascido de termo, pesando 3500g, com exame clínico normal, cuja genitora tem o VDRL positivo 1/2 no exame de entrada da maternidade e refere tratamento com 1 dose semanal de penicilina G benzatina de 2.400.000 UI durante 3 semanas junto com o companheiro, com término 15 dias antes do parto?**

- A) Solicitar hemograma, VDRL, Rx de ossos longos e LCR do neonato para avaliar início ou não da penicilina cristalina, já que tratamento é considerado inadequado.
- B) Solicitar VDRL do neonato; se negativo, fazer penicilina G benzatina 50.000 UI/Kg em dose única IM, já que sua mãe foi adequadamente tratada.
- C) Iniciar imediatamente a penicilina cristalina 50.000 UI/Kg/dose 8/8h para o neonato.
- D) Solicitar hemograma, VDRL, Rx de ossos longos e LCR do neonato. Avaliar início da antibioticoterapia com penicilina procaína se lues congênita for confirmada e o LCR, anormal.
- E) Não há indicação de exames, já que genitora foi adequadamente tratada.

**30. Neonato de 39 semanas, nascido de parto cesáreo por sofrimento fetal agudo com apgar 4 e 9 no primeiro e quinto minutos respectivamente, evolui com síndrome de aspiração meconial confirmada pelo Rx de tórax. No berçário, encontra-se em CPAP com Fio2 de 50% e PEEP + 3, em uso de antibioticoterapia profilática com penicilina cristalina e gentamicina. Evolui com quedas de saturação frequentes, principalmente ao manuseio e à de aumento de Fio2 até 100% para manter saturação maior ou igual a 90%.**

**Qual é a conduta mais CORRETA e a principal hipótese diagnóstica?**

- A) Ventilação mecânica e trocar esquema antibiótico, pois o quadro é compatível com pneumonia.
- B) Ventilação mecânica, repetir Rx tórax, sedação e fazer sedação e ecocardiograma, pois o quadro é compatível com hipertensão pulmonar.
- C) Fazer toracocentese, pois o quadro é compatível com pneumotórax.
- D) Repetir Rx de tórax e solicitar rastreamento infeccioso, pois o quadro é sugestivo de sepsis neonatal precoce.
- E) Repetir Rx de tórax, pois o quadro é compatível com pneumotórax.

**31. A causa mais frequente de plaquetopenia tardia no recém-nascido internado na unidade de terapia intensiva é**

- A) anemia de fanconi.
- B) presença de cateter vascular.
- C) uso de vancomicina.
- D) sepsis bacteriana/fúngica e enterocolite necrotizante.
- E) pré-eclâmpsia materna.

**32. A primeira aferição da glicemia por fita com 3 horas de vida em avaliação de um recém-nascido prematuro tardio de 34 semanas com tremores leves mostra valor de 20mg/dL.**

**A conduta a ser tomada é**

- A) oferecer soro glicosado via oral.
- B) solicitar glicemia venosa e infundir glicose venosa de 100mg/kg em 1 hora.
- C) oferecer fórmula para prematuros por via oral.
- D) infundir push de glicose 200 a 300 mg/kg/dose por via venosa.
- E) instalar manutenção de glicose de 3,5 mg/kg de peso/minuto.

**33. Menor com dois meses, HD – bronquiolite, internado em insuficiência respiratória aguda. Usando máscara de Venturi a 40%. Colhido gasimetria com seguinte resultado: pH= 7,2, PO2=92%, pCO2=60mmHg, Bic=16mEq/l.**

**Qual é a sua interpretação?**

- A) Acidose metabólica pura
- B) Acidose mista
- C) Gasimetria arterial normal
- D) Acidose respiratória pura
- E) Alcalose respiratória

**34. Considerando o quadro de Insuficiência respiratória aguda no paciente pediátrico, qual das afirmações está INCORRETA?**

- A) É definida como incapacidade do sistema respiratório manter a PO<sub>2</sub>(pressão parcial de oxigênio) adequada, associada ou não ao aumento de PCO<sub>2</sub> ( pressão parcial de CO<sub>2</sub> ).
- B) Tem como distúrbio de ventilação/perfusão (V/Q) seu principal mecanismo fisiopatológico.
- C) São denominadas de efeito shunt as áreas alveolares que não são ventiladas, mas que são perfundidas.
- D) O objetivo da administração suplementar de oxigênio é obter uma PO<sub>2</sub> > 60mmHg com menor FIO<sub>2</sub> possível.
- E) A monitorização da oxigenação é feita pela PO<sub>2</sub>, Sat O<sub>2</sub> e igualmente importante: a relação PaO<sub>2</sub>/FIO<sub>2</sub>, considerada normal, se inferior a 300mmHg.

**35. A vacina contra HPV é uma medida importante de prevenção do câncer de colo uterino e será incorporada ao calendário nacional em 2014. O momento ideal para vacinação das meninas para prevenção do HPV é o seguinte:**

- A) na idade adulta, dos 19 aos 25 anos de idade, quando a atividade sexual é mais intensa, e a resposta imunológica é melhor.
- B) devido ao risco da doença, logo após a primeira relação sexual, independente da idade.
- C) nos países em desenvolvimento após o nascimento do primeiro filho.
- D) não há uma idade definida, pois não existem ainda estudos convincentes sobre o assunto.
- E) Preferencialmente antes do início da atividade sexual, a partir dos 9 anos de idade.

**36. Escolar, 8 anos, sexo feminino, chega à UPA apresentando dor e edema no joelho direito e tornozelo esquerdo há uma semana. Ao exame, apresenta: estado geral bom, mucosas discretamente hipocoradas, petéquias no abdômen, fígado palpável a 3 cm do RCD e baço a 6 cm do RCE.**

**Qual é a hipótese diagnóstica mais provável e qual exame complementar deve ser inicialmente solicitado?**

- A) leucemia e solicitar hemograma completo.
- B) febre reumática e solicitar antiestreptolisina O.
- C) hemofilia e solicitar coagulograma.
- D) anemia falciforme e solicitar eletroforese de hemoglobina.
- E) artrite idiopática juvenil e solicitar fator reumatoide.

**37. Escolar, 9 anos, sexo feminino, chega ao ambulatório de pediatria apresentando dor e edema nos punhos, no primeiro dedo do pé direito e no segundo dedo do pé esquerdo, há oito meses. Refere diminuição da acuidade visual no olho esquerdo há 15 dias. Tem hemograma normal, antiestreptolisina O = 500 U, fator reumatoide negativo e FAN = 1/80 padrão pontilhado fino. Ao exame: estado geral bom, corada, artrite nos punhos e na interfalangeana proximal do primeiro dedo do pé direito e segundo dedo do esquerdo. Restante do exame sem alterações.**

**Qual é a hipótese diagnóstica mais provável para o caso acima?**

- A) Lúpus eritematoso sistêmico
- B) Artrite idiopática juvenil
- C) Febre reumática
- D) Poliarterite nodosa
- E) Osteoartrite de OsgoodSchlatter

**38. O pediatra pode ajudar a mudar o curso natural das cardiopatias congênitas (CC), identificando-as precocemente, especialmente aquelas que necessitam de tratamento de urgência. Sobre as cardiopatias congênitas, assinale a alternativa CORRETA.**

- A) As crises de hipóxia da Tetralogia de Fallot ocorrem geralmente de manhã e são mais frequentes após o terceiro ano de vida, devido à piora progressiva da função cardíaca.
- B) Na comunicação interventricular (CIV) com hiper-resistência vascular pulmonar, a progressão da hipertensão pulmonar leva à inversão do shunt, que passa a ser da direita para esquerda, com o aparecimento de cianose.
- C) Na persistência do canal arterial (PCA), observamos, na maioria dos casos, pulsos periféricos diminuídos e sinais de insuficiência cardíaca congestiva.
- D) Na transposição das grandes artérias (TGA), há discordância tanto na conexão atrioventricular como na conexão ventrículo-arterial.
- E) O quadro clínico é mais precoce em doenças com *shunt* da esquerda para direita, como a CIV, a PCA e o defeito do septo atrioventricular.

**39. Atualmente no Brasil, segundo o Datasus 2010, as causas externas, violência e acidentes são a principal causa de morte a partir do segundo ano de vida em crianças, adolescentes e adultos jovens. Em relação à violência contra a criança, é CORRETO afirmar que**

- A) a violência na escola é a forma mais frequente encontrada na infância, sendo os próprios colegas assim como os professores e auxiliares implicados como os agentes agressores.
- B) a violência na infância e adolescência é dividida em apenas duas categorias: violência física e violência sexual que geralmente ocorrem de forma associada na mesma vítima.
- C) os sinais regressivos, como a enurese, a encoprese e os distúrbios alimentares, são formas de procurar maiores castigos e sofrimento, dentro do sentimento de culpabilidade que é imposto às vítimas de maus-tratos.
- D) lesões no dorso, nádegas, genitais e dorso das mãos falam contra violência física, pois habitualmente ocorrem durante pequenos acidentes e brincadeiras.
- E) na violência doméstica, a mãe raramente é identificada como agressor, sendo esse papel reservado quase que exclusivamente ao pai, padrasto ou avô.

**40. Considerando a maturação sexual nas meninas, assinale a alternativa CORRETA.**

- A) Na grande maioria dos casos, o primeiro sinal da puberdade é o surgimento de pelos púbicos, seguido do aparecimento do broto mamário.
- B) Os primeiros ciclos menstruais são ovulatórios, porém são muito irregulares, havendo normalização após 12 a 18 meses da menarca.
- C) Entre a telarca e a menarca, ocorre um intervalo de, no máximo, 2 anos.
- D) É considerado atraso puberal quando há ausência de telarca após os 13 anos de idade ou pubarca após os 14 anos ou menarca após os 16 anos.
- E) A puberdade precoce é definida como o surgimento dos caracteres sexuais secundários antes dos 9 anos de idade.

**41. Infecções de repetição são causa frequente de procura aos ambulatórios de pediatria. Entre as causas, estão as imunodeficiências primárias (IDP), cujo diagnóstico vem ocorrendo de forma mais precoce. Sobre as IDP, assinale a alternativa CORRETA.**

- A) Paciente que apresenta abscesso pós-vacina BCG e/ou infecção cutânea por micobactéria deve ser investigado para imunodeficiência humoral.
- B) Atualmente o diagnóstico da deficiência de IgA pode ser feito já no primeiro ano de vida.
- C) Nas IDP predominantemente celulares, são comuns infecções por germes encapsulados, como *S. pneumoniae* e *H. Influenzae*.
- D) As IDP predominantemente celulares ocorrem com mais frequência que as demais.
- E) Estomatite e abscessos de repetição, periodontite e monilíase sugerem deficiência de fagócitos.

**42. As vítimas de aspiração de Corpo Estranho (CE) são, na maioria dos casos, crianças menores de 5 anos. Sobre esse quadro, é CORRETO afirmar que**

- A) após o quadro inicial, segue-se um período oligo ou mesmo assintomático que pode variar de horas a semanas, até o reaparecimento dos sintomas.
- B) quando ocorre impactação nos brônquios, o estridor inspiratório é o principal sinal.
- C) as radiografias simples de tórax são anormais em todos os casos, pois os CE radiotransparentes também levam a manifestações radiológicas, entretanto estas são indiretas.
- D) CE inorgânicos desencadeiam mais reação inflamatória, acelerando o grau de obstrução ao fluxo de ar e encurtando a fase assintomática em comparação com os CE orgânicos.
- E) a desobstrução brônquica resulta na imediata ventilação da área acometida, com o pronto restabelecimento da ventilação e oxigenação normais, imediatamente após a retirada do CE.

**43. Sobre a investigação por imagem em pacientes com ITU em crianças, é INCORRETO afirmar que**

- A) a investigação está recomendada para todo paciente, exceto para meninas, após o primeiro episódio bem documentado e em qualquer idade.
- B) a uretrocistografia miccional (UCM) é realizada após a US em pacientes até os 5 anos de idade. Acima dessa idade, só é realizada na suspeita de malformação do trato urinário inferior ou distúrbio miccional.
- C) a sensibilidade da urografia excretora (UGE) para avaliação de cicatrizes renais é baixa, quando comparada com a DMSA.
- D) para solicitar a DMSA e obter um adequado diagnóstico de lesões renais, deve-se aguardar um tempo do episódio agudo de ITU, uma vez que 50% das lesões agudas não progridem para cicatrizes definitivas.
- E) a USG possibilita o estudo miccional de maneira fisiológica, sendo útil para o estudo da instabilidade vesical de causas diversas.

**44. Qual dos fatores abaixo NÃO é predisponente para ITU?**

- A) Constipação intestinal
- B) Ausência de aleitamento materno
- C) Peristalse da uretra
- D) Grupo sanguíneo P1/Lewis não secretor
- E) Deficiência de IGA secretora

**45. A biópsia renal está indicada em crianças com glomerulonefrite difusa aguda quando se observa**

- A) complemento sérico ainda diminuído na 5ª. semana de doença.
- B) persistência de hipertensão arterial sistêmica na 2ª. semana de doença.
- C) recorrência de hematúria macroscópica após exercício físico, ao longo dos 6 primeiros meses de acompanhamento.
- D) persistência de retenção de escórias nitrogenadas por mais de 3 semanas de doença.
- E) hematúria microscópica ainda presente após 3 meses de acompanhamento.

**46. A mãe de uma criança de 1 mês e 7 dias procura o pediatra do posto de saúde para mostrar o resultado do teste do pezinho, colhido no quarto dia de vida. Os testes para hipotireoidismo e fenilcetonúria foram normais, e a triagem para doença falciforme mostrou o resultado “Padrão FAS”.**

**Qual é a interpretação do exame e a conduta mais adequada dentre as listadas abaixo?**

- A) O exame é compatível com doença falciforme associada à talassemia. Deve-se fazer o aconselhamento genético familiar e encaminhar a criança a um especialista.
- B) O exame é compatível com doença falciforme. Deve-se fazer o aconselhamento genético familiar e encaminhar a criança a um especialista.
- C) O exame é compatível com doença falciforme. Deve-se fazer o aconselhamento genético familiar, iniciar a antibioticoterapia profilática e encaminhar a criança a um especialista.
- D) O exame é compatível com o traço falciforme. Não é doença. Deve-se fazer o aconselhamento genético familiar e o acompanhamento normal da criança.
- E) O exame é compatível com o traço falciforme. Deve-se prescrever antibioticoterapia profilática até os 5 anos, pela maior susceptibilidade a infecções, fazer o aconselhamento genético familiar e o acompanhamento normal da criança.

**47. 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.

**48. Ocorreu, em Pernambuco, no ano de 2013, um surto de sarampo, o que levou o estado a recomendar dose adicional da vacina tríplice viral na idade de 6 a 12 meses. No segundo semestre de 2013, também foi incorporada ao calendário nacional de imunização do Brasil a vacina contra varicela. Exceto para a situação epidemiológica do estado de Pernambuco, é CORRETO afirmar sobre o calendário vacinal nacional /2014 que**

- A) a vacina contra varicela foi introduzida ao calendário do PNI com duas doses sob a forma de vacina combinada com a tríplice viral, sendo a primeira dose aos 12 meses e a segunda aos 15 meses.
- B) a vacina contra varicela foi introduzida de forma isolada e não combinada com a tríplice viral ao calendário do PNI com o esquema vacinal de 2 doses para varicela, sendo a primeira aos 12 meses e a segunda aos 4 anos.
- C) a vacina contra varicela foi introduzida sobre a forma de vacina combinada com a tríplice viral ao calendário do PNI com o esquema vacinal de uma dose, administrada aos 12 meses. A tríplice viral isolada é feita como segunda dose aos 15 meses.
- D) a vacina tríplice viral é feita na rotina do PNI aos 12 meses. Aos 15 meses, é utilizada a vacina contra varicela em dose única, combinada, nesse caso, com a segunda dose da tríplice viral.
- E) a vacina contra varicela foi introduzida de forma isolada e não combinada com a tríplice viral ao calendário do PNI com o esquema vacinal de 2 doses para varicela, sendo a primeira aos 12 meses e a segunda aos 15 meses.

**49. A coqueluche apresenta elevada transmissibilidade, tendo havido aumento dos casos notificados no Brasil, nos últimos anos. Sobre essa doença, é CORRETO afirmar que**

- A) por definição de casos suspeito, entende-se o indivíduo que apresenta tosse paroxística por mais de 30 dias, associada a guincho inspiratório e vômitos pós-tosse.
- B) a hiperleucocitose, observada em alguns pacientes com coqueluche, leva à formação de trombos de leucócitos nas veias pulmonares e, associada a outros fatores, pode contribuir para a morte por insuficiência cardiorrespiratória em lactentes.
- C) a maior parte dos óbitos por coqueluche ocorre em crianças de 6 a 12 meses, que, nessa idade, já não possuem níveis protetores de anticorpos maternos e ainda não receberam a dose de reforço da vacina.
- D) a complicação respiratória mais frequente é a atelectasia, razão por que deve-se indicar fisioterapia precocemente.
- E) infecções por *Bordetella parapertussis*, *S.aureus*, *M. catarrhalis* são o principal diagnóstico diferencial, pois o quadro clínico nesses casos caracteriza-se por tosse coqueluchoide.

**50. O sopro cardíaco é um achado comum durante o exame físico da criança, representando o motivo mais frequente de encaminhamento ao cardiologista pediátrico. Em relação aos sopros na infância, é CORRETO afirmar que**

- A) o sopro vibratório de Still é o sopro inocente mais frequente, encontrado, principalmente, em lactentes.
- B) os sopros de ejeção pulmonar, de ramos pulmonares, supraclavicular e zumbido venoso são sopros inocentes.
- C) o sopro inocente é diastólico em aproximadamente metade dos casos.
- D) sopro contínuo com irradiação nítida e fixa para outras áreas, com presença de frêmito são características do sopro inocente.
- E) o sopro patológico diminui ou desaparece com a mudança de decúbito.



## **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!**