

NOME

ASSINATURA DO CANDIDATO

INSCRIÇÃO

ESCOLA

SALA

LUGAR NA SALA

# ÁREAS DA PEDIATRIA

## Instruções para a realização da prova

- Esta prova é composta de 80 questões de **MÚLTIPLA ESCOLHA**. Para cada questão, há 4 alternativas, devendo ser marcada apenas uma.
- Assine a folha de respostas com caneta esferográfica preta e transcreva para essa folha as respostas escolhidas.
- Ao marcar o item correto, preencha completamente o campo correspondente, utilizando caneta esferográfica **PRETA**.
- Não deixe nenhuma das questões em branco na folha de respostas.
- A duração total da prova é de 4 horas. **NÃO** haverá tempo adicional para transcrição de gabarito.
- Você somente poderá deixar a sala após 2h do início da prova, podendo levar consigo o **CADERNO DE PROVA** e o **CONTROLE DE RESPOSTAS**.

| CONTROLE DE RESPOSTAS DO CANDIDATO |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |
|------------------------------------|--|----|--|----|--|----|--|----|--|----|--|----|--|----|--|
| 1                                  |  | 11 |  | 21 |  | 31 |  | 41 |  | 51 |  | 61 |  | 71 |  |
| 2                                  |  | 12 |  | 22 |  | 32 |  | 42 |  | 52 |  | 62 |  | 72 |  |
| 3                                  |  | 13 |  | 23 |  | 33 |  | 43 |  | 53 |  | 63 |  | 73 |  |
| 4                                  |  | 14 |  | 24 |  | 34 |  | 44 |  | 54 |  | 64 |  | 74 |  |
| 5                                  |  | 15 |  | 25 |  | 35 |  | 45 |  | 55 |  | 65 |  | 75 |  |
| 6                                  |  | 16 |  | 26 |  | 36 |  | 46 |  | 56 |  | 66 |  | 76 |  |
| 7                                  |  | 17 |  | 27 |  | 37 |  | 47 |  | 57 |  | 67 |  | 77 |  |
| 8                                  |  | 18 |  | 28 |  | 38 |  | 48 |  | 58 |  | 68 |  | 78 |  |
| 9                                  |  | 19 |  | 29 |  | 39 |  | 49 |  | 59 |  | 69 |  | 79 |  |
| 10                                 |  | 20 |  | 30 |  | 40 |  | 50 |  | 60 |  | 70 |  | 80 |  |

## LISTA DE ABREVIações

|                   |                                             |
|-------------------|---------------------------------------------|
| GH                | Hormônio do crescimento                     |
| DHR               | Di-hiodorrodanina                           |
| EEG               | Eletroencefalograma                         |
| FAN               | Fator antinuclear                           |
| FIO <sub>2</sub>  | Fração inspirada de oxigênio                |
| KREK              | <i>kappa-deleting recombination circles</i> |
| PaCO <sub>2</sub> | Pressão parcial de dióxido de carbono       |
| PCR               | Proteína C reativa                          |
| RNI               | Razão normalizada internacional             |
| SpO <sub>2</sub>  | Saturação de oxigênio                       |
| DRGE              | Doença do refluxo gastroesofágico           |
| VHS               | Velocidade de hemossedimentação             |

## VALOR DE REFERência DOS EXAMES LABORATORIAIS

| EXAME                                         |                  | VALOR DE REFERência                                                                                                                                           |
|-----------------------------------------------|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Albumina sérica                               |                  | 3,5-5,2g/dL                                                                                                                                                   |
| ânion gap                                     |                  | 8 -15,4 mmol/L                                                                                                                                                |
| Bilirrubina direta                            |                  | Até 0,3mg/dL                                                                                                                                                  |
| Bilirrubina indireta                          |                  | 0,8-0,2mg/dL                                                                                                                                                  |
| Bilirrubina total                             |                  | 0,3-1,2mg/dL                                                                                                                                                  |
| Cálcio iônico                                 |                  | 1,05 a 1,30 mmol/L                                                                                                                                            |
| Cálcio total                                  |                  | 8,5 a 10,5 mg/dL)                                                                                                                                             |
| Creatinina                                    | Recém-nascido    | 0,5-1,2mg/dL                                                                                                                                                  |
|                                               | 1mês - 1ano      | 0,41-0,64mg/dL                                                                                                                                                |
|                                               | 1 - 3anos        | 0,42-0,6mg/dL                                                                                                                                                 |
|                                               | > 3anos          | 0,4 a 0,9mg/dL                                                                                                                                                |
| Creatinina urinária                           |                  | 0 - 10 dias: 4,5 a 9,0 mg/dL<br>11 dias a 2 anos: 4,5 a 6,7 mg/dL<br>3 a 12 anos: 4,5 a 5,5 mg/dL<br>Acima de 13 anos e adultos: 2,5 a 4,5 mg/dL              |
| Fosfato sérico                                |                  | 2,5 e 4,5 mg/dL                                                                                                                                               |
| Gasometria venosa                             | pH               | 7,32 a 7,42                                                                                                                                                   |
|                                               | pCo <sub>2</sub> | 38 a 50mmHg                                                                                                                                                   |
|                                               | pO <sub>2</sub>  | 30 a 5mmHg                                                                                                                                                    |
|                                               | Bicarbonato      | 23 a 27mmol/L                                                                                                                                                 |
|                                               | BE               | -3 a +3mmol/L                                                                                                                                                 |
| Hemograma                                     | Hemoglobina      | <2a: 11,5-15,5g/dL                                                                                                                                            |
|                                               | Hematócrito      | <30d: 45 a 65%; <2a: 31 a 39%; >2 a: 34-45%                                                                                                                   |
|                                               | VCM              | VCM= 80-99fL; HCM= 32-37pg                                                                                                                                    |
|                                               | Leucócitos       | 5.000 a 14.000/mm <sup>3</sup>                                                                                                                                |
|                                               | Plaquetas        | <2a:200.000-500.000/mm <sup>3</sup> ; >2a:140.000-400.000/mm <sup>3</sup>                                                                                     |
| IgE sérica para caseína, alfa e betaglobulina |                  | Indetectável: Abaixo de 0,10 kU/L; Baixo: De 0,10 a 0,69 kU/L;<br>Moderado: De 0,70 a 3,50 kU/L; Alto: Superior a 3,50 kU/L.                                  |
| Lactato sérico                                |                  | 0,5 a 2mmol/L                                                                                                                                                 |
| LDL colesterol                                |                  | Menos de 100 mg/dL.                                                                                                                                           |
| Osmolaridade sérica                           |                  | 285 a 295mOsm/Kg de água                                                                                                                                      |
| Paratormônio                                  |                  | 17,30 a 74,10pg/mL                                                                                                                                            |
| PCR                                           |                  | <10mg/L                                                                                                                                                       |
| Potássio sérico (por faixa etária)            |                  | até 7 dias = 3,2 a 5,7 mEq/L; 8 a 30 dias = 3,4 a 6,2 mEq/L<br>1 a 6 meses= 3,5 a 5,8mEq/L; 6 meses a 1 ano=3,5 a 6,3 mEq/L<br>acima de 1 ano= 3,5 a 5,1mEq/L |
| RNI                                           |                  | 0,8 a 1,2                                                                                                                                                     |
| Sódio sérico                                  |                  | 136 a 145mEq/L                                                                                                                                                |
| Sódio urinário (amostra)                      |                  | 30 a 90 mEq/L.                                                                                                                                                |
| Ureia                                         |                  | < 12meses < 12 meses= 2-34mg/dL; acima de 1 ano= 8-36mg/dL                                                                                                    |
| Urina I                                       | Densidade        | 1005 a 1025; pH= 5,5 a 7,0                                                                                                                                    |
|                                               | pH               | 5,5-7,0                                                                                                                                                       |
|                                               | Leucócitos       | <5/campo                                                                                                                                                      |
|                                               | Hemácias         | <5/campo                                                                                                                                                      |

**1. QUAL DAS ALTERNATIVAS ABAIXO DESCREVE UMA CARACTERÍSTICA DO DESENVOLVIMENTO COGNITIVO DO ADOLESCENTE?**

- a) Utiliza o pensamento concreto, limitando o raciocínio sobre hipóteses.
- b) Focado no raciocínio lógico, sem mudanças quanto à parte socioemocional.
- c) Persiste na própria visão, com capacidade reduzida para outras perspectivas.
- d) Aprimora o pensamento abstrato, permitindo reflexões mais complexas.

**2.** Menina, 4a, tem história de dor, edema e aumento da temperatura em joelho esquerdo e tornozelo direito há oito semanas. Mãe refere dificuldade de deambulação, principalmente pela manhã. A criança deixa de brincar pela dor, não consegue mais correr. Nega febre, exantema ou qualquer outro sintoma. Exame físico: sinais flogísticos em joelho esquerdo e tornozelo direito, e limitação da movimentação em joelho esquerdo. Exames complementares: proteína C reativa e a velocidade de hemossedimentação estão aumentadas; fator reumatoide=negativo; FAN=positivo. **O DIAGNÓSTICO E A CONDUTA SÃO:**

- a) Artrite idiopática juvenil poliarticular; internar e iniciar tratamento com corticoesteróide o quanto antes.
- b) Artrite idiopática juvenil oligoarticular; pela positividade do FAN, solicitar avaliação oftalmológica para descartar uveíte.
- c) Febre Reumática; solicitar avaliação do cardiologista e iniciar profilaxia com penicilina benzatina a cada 21 dias.
- d) Lúpus eritematoso sistêmico; iniciar hidroxicloroquina e orientar uso de filtro solar.

**3.** Menina, 6a, previamente hígida, é levada à Unidade Básica de Saúde com história de sudorese noturna, perda ponderal de 4kg, aumento progressivo do volume abdominal e surgimento de nódulos cervicais há três meses. Exame físico: bom estado geral, descorada 2+/4, Peso=18kg, FC=119bpm, FR=25irpm; pele=pápulas umbilicadas de diferentes tamanhos, disseminadas; linfonodomegalia generalizada, com linfonodos cervicais de até 4cm, endurecidos, coalescentes e dolorosos; abdome=fígado palpável a 5cm do rebordo costal direito, baço endurecido palpável até a altura da cicatriz umbilical. O raspado das lesões cutâneas revelou o agente causador da doença. **CONSIDERANDO QUE A PACIENTE NÃO TEM CRITÉRIOS QUE INDIQUEM INTERNAÇÃO HOSPITALAR, QUAL É A DROGA DE ESCOLHA E O TEMPO PREVISTO PARA O TRATAMENTO?**

- a) Sulfametoxazol-trimetoprima por 12 meses.
- b) Itraconazol por 90 dias.
- c) Anfotericina lipossomal por 5 a 7 dias, totalizando 20 a 40mg/kg.
- d) Rifampicina por 6 meses.

4. Menino, 10a, é trazido ao Pronto Socorro por cansaço progressivo e palidez há duas semanas. Nega doenças ou internações. Exame físico: palidez mucocutânea; sem outras alterações em pele, linfonodomegalia ou visceromegalias. **ASSINALE A ALTERNATIVA INCORRETA:**

- a) Hemograma com leucócitos normais e anemia com plaquetopenia obriga a realização de mielograma.
- b) Reticulócitos em valores baixos sugere diagnóstico de aplasia de medula.
- c) Avaliação de hemograma sem blastos, ácido úrico e desidrogenase láctica em valores normais afastam leucemia aguda.
- d) Sorologia para Parvovírus B19 pode contribuir para a elucidação diagnóstica.

5. Menina, 8m, vem para consulta com pediatra e, ao exame, nota-se dificuldade em manter-se sentado. Além disso, observa-se muita dificuldade para rolar e pegar objetos. Mãe relata que percebeu essas alterações há cerca de 10 dias, coincidindo com sua volta ao trabalho e início de nova cuidadora. **QUAL A CONDUTA MAIS APROPRIADA INICIALMENTE?**

- a) Avaliação neurológica e teste genético para distúrbio muscular.
- b) Punção de líquido para investigação doença neurodegenerativa.
- c) Exame de imagem de sistema nervoso central com urgência.
- d) Avaliação equipe multidisciplinar para melhor estímulo.

#### **CASO CLÍNICO DAS QUESTÕES 6 e 7:**

Menino, 5a, está internado com diagnóstico de pioartite. Apresenta-se taquicárdico, taquipneico (com suporte de oxigênio e uma relação  $SpO_2:FIO_2 < 292$ ), pressão arterial média adequada para idade, tempo de enchimento capilar=4segundos, escala de coma de Glasgow=12. Exames: leucócitos=17.000/mm<sup>3</sup> (mais de 20% de formas jovens); plaquetas=80.000/mm<sup>3</sup>; RNI=1,8; Lactato sérico=6,0mmol/L; Bicarbonato sérico=12mEq/L.

6. Com base no Escore de Sepsis de Phoenix (Phoenix Sepsis Score-PSS), o paciente apresenta quatro pontos. **EM QUAIS VARIÁVEIS O PACIENTE ESTÁ PONTUANDO?**

- a) Relação  $SpO_2:FIO_2$ ; tempo de enchimento capilar; RNI; lactato.
- b) Relação  $SpO_2:FIO_2$ ; contagem de plaquetas; RNI; bicarbonato sérico.
- c) Relação  $SpO_2:FIO_2$ ; tempo de enchimento capilar; RNI; bicarbonato sérico.
- d) Relação  $SpO_2:FIO_2$ ; contagem de plaqueta; RNI; lactato.

7. Pela nova definição de sepsis e choque séptico de 2024, o quadro do paciente é classificado como choque séptico, pois apresenta um ponto na avaliação de disfunção cardiovascular. **NESSE CASO, QUAL VARIÁVEL REPRESENTA ESSE PONTO NO ESCORE?**

- a) Relação  $SpO_2:FIO_2$ .
- b) Tempo de enchimento capilar.

- c) Lactato.
- d) Bicarbonato sérico.

8. Menino, 6a, apresenta tosse crônica noturna e dor retroesternal. O exame físico é normal. A endoscopia digestiva alta não mostrou alterações. A pediatra suspeita de DRGE extraesofágica.

**QUAL EXAME É MAIS APROPRIADO PARA CONFIRMAÇÃO DIAGNÓSTICA?**

- a) Radiografia contrastada de esôfago-estômago.
- b) Monitorização combinada de pH e impedância intraluminal (pH-MII).
- c) Tomografia de tórax.
- d) Apenas história clínica é suficiente.

9. Menina, 7a, apresenta evacuações a cada seis dias, com fezes endurecidas e episódios de escape fecal na roupa oito vezes ao dia. Ao exame físico foi identificado fecaloma palpável em fossa ilíaca esquerda. **QUAL O DIAGNÓSTICO MAIS PROVÁVEL?**

- a) Constipação funcional com incontinência fecal retentiva.
- b) Doença celíaca não tratada.
- c) Síndrome do intestino irritável.
- d) Incontinência fecal não retentiva.

10. Menino, 7d, idade gestacional=37semanas, peso de nascimento=2785g, ausência de malformação congênita e sem antecedentes familiares para surdez permanente na infância. Permaneceu internado em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal por seis dias devido a quadro de taquipneia transitória do recém-nascido. **QUAL O EXAME DE ESCOLHA PARA A REALIZAÇÃO DA TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL PARA ESSE RESCÉM-NASCIDO?**

- a) Emissões otoacústicas.
- b) Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico.
- c) Audiometria.
- d) Imitanciometria.

11. Menina, 9a, portadora de paralisia cerebral quadriplégica (*Gross Motor Function Classification System V*), apresenta tosse frequente durante a alimentação, baixo ganho ponderal e perda de peso progressiva nos últimos seis meses, além de pneumonias recorrentes. Exame físico: IMC abaixo do percentil 3 e sinais clínicos de desnutrição. **QUAL A CONDUTA MAIS APROPRIADA PARA O MANEJO NUTRICIONAL?**

- a) Manter alimentação por via oral com adaptações de consistência.
- b) Indicar nutrição parenteral total de longa duração.
- c) Prescrever suplementos orais hiperprotéicos.
- d) Introduzir via alternativa de alimentação.

**12.** Menino, 18m, vem para consulta pediátrica com histórico de cinco episódios de otite média aguda, otorréia recorrente, três pneumonias (duas delas com necessidade de hospitalização) e episódios recorrentes de diarreia aquosa. A avaliação laboratorial descartou HIV e mostrou KREK negativo, dosagens de Imunoglobulinas (A, G e M) abaixo do segundo desvio padrão para a idade (três dosagens intervaladas) e CD19<2% (abaixo do P10 para a idade). Demais variáveis da imunofenotipagem de linfócitos normais e DHR também normal. **ASSINALE A ALTERNATIVA CORRETA PARA ESTE PACIENTE, QUANTO À HIPÓTESE DIAGNÓSTICA FENOTÍPICA:**

- a) Imunodeficiência combinada grave (SCID).
- b) Hipogamaglobulinemia transitória da infância.
- c) Doença granulomatosa crônica.
- d) Agamaglobulinemia congênita ligada ao X.

**13.** Menino, 2m, apresenta icterícia persistente e colestase confirmada em exames. O pediatra inicia investigação. **QUAL EXAME DE IMAGEM DEVE SER SOLICITADO COMO PRIMEIRA LINHA?**

- a) Colangiorressonância magnética.
- b) Ultrassonografia abdominal com avaliação da vesícula biliar.
- c) Tomografia de abdome com contraste.
- d) CPRE (colangiopancreatografia retrógrada endoscópica).

**14.** Menino, 8a, com diagnóstico de doença inflamatória intestinal e exoma positivo para IPEX (mutação FOXP3), em uso de imunossupressão intensa (sirolimus). PCR para Citomegalovírus (CMV) com 20.000 cópias. **ASSINALE A ALTERNATIVA CORRETA:**

- a) Infecção por CMV - iniciar tratamento específico.
- b) Colher sorologia, pois o PCR pode apresentar falso positivo.
- c) PCR negativo para CMV.
- d) PCR positivo – necessário somente suspender o imunossupressor.

**15. CARACTERIZA CORRETAMENTE ASPECTOS QUE MARCAM O DESENVOLVIMENTO EMOCIONAL E PSICOSSOCIAL DO ADOLESCENTE:**

- a) Busca por identidades transitórias buscando melhor aceitação dos pais.
- b) Tendência à intelectualização com elaboração simbólica das mudanças vivenciadas.
- c) Apego excessivo aos pais e variações emocionais constantes para seguir as regras familiares.
- d) Rebeldia caracterizada por rejeição da autoridade e distanciamento de amigos.

**16.** Bruce, 15a, estudante do ensino médio, comparece à consulta com queixa de tristeza profunda, angústia, sono irregular e irritabilidade há cerca de três meses. Refere que está sentindo atração pelo seu melhor amigo e que está confuso e com medo, pois sua família é religiosa e sente medo de rejeição, além de receio de conflito familiar. **O MÉDICO DEVE:**

- a) Enfatizar a importância da revelação à família como única forma de reduzir angústia.
- b) Recomendar evitar qualquer discussão sobre identidade no momento da consulta, adiando qualquer plano de revelação, mantendo o tema fora da avaliação clínica.
- c) Adotar uma abordagem de validação emocional, oferecer suporte para o processo.
- d) Priorizar o alívio rápido da angústia com medicação ansiolítica de uso contínuo, sem envolvimento da família ou discussões sobre identidade, para evitar conflitos familiares.

**17.** Recém-nascido, 5d, é encaminhado para investigação de genitália ambígua. Ao exame, apresenta genitália externa com aumento do falo e fusão parcial das pregas urogenitais, sem gônadas palpáveis. A criança nasceu a termo, parto vaginal, Apgar 8/9. A mãe tem lúpus eritematoso sistêmico e recebeu pulsoterapia com metilprednisolona nas últimas semanas da gestação. A criança recebeu transfusão de concentrado de hemácias no primeiro dia de vida devido à anemia neonatal. Exames laboratoriais realizados no segundo dia de vida: 17-hidroxiprogesterona=normal para a idade gestacional e peso de nascimento; sódio=134mEq/L; potássio=5,9mEq/L; glicemia=54mg/dL; cariótipo=em andamento; ultrassonografia pélvica=presença de útero. **A CONDUTA É:**

- a) Aguardar cariótipo e repetir dosagem de 17-hidroxiprogesterona em sete dias, pois o uso materno de corticoide pode mascarar a dosagem inicial.
- b) Realizar estudo molecular do gene *CYP21A2* e aguardar resultado para definir conduta terapêutica, pois o fenótipo é inespecífico.
- c) Repetir 17-OHP imediatamente, pois a transfusão pode ter interferido na dosagem inicial; manter vigilância clínica, sem iniciar tratamento.
- d) Iniciar hidrocortisona e fludrocortisona imediatamente, pois a genitália ambígua e alterações eletrolíticas são compatíveis com HAC clássica, mesmo com 17-OHP normal.

**18.** Bronquiolite viral aguda (BVA) é uma enfermidade frequente no primeiro ano de vida. Embora a maioria dos lactentes tenha evolução favorável, alguns podem evoluir com complicações. **QUAIS AS COMPLICAÇÕES MAIS FREQUENTES DA BVA EM LACTENTES?**

- a) Insuficiência respiratória aguda grave, sibilância recorrente no período de lactente e bronquiolite obliterante.
- b) Asma, sibilância recorrente no lactente e doença pulmonar obstrutiva crônica no adulto.
- c) Tosse crônica no período de lactente, asma e bronquiolite obliterante.
- d) Sibilância Recorrente no período de lactente, asma e apneia do sono.

**19. A FIBROSE CÍSTICA OU MUCOVISCIDOSE, COMO TAMBÉM É CONHECIDA, É UMA DOENÇA HEREDITÁRIA DETERMINADA POR UM PADRÃO DE HERANÇA:**

- a) autossômica dominante.
- b) autossômica recessiva.
- c) ligada ao cromossomo X.
- d) ligada ao cromossomo Y.

**20.** Menina, 6a, é trazida ao Pronto Socorro com queixa de odinofagia, febre alta e tosse rouca há um dia. Ao exame físico: amigdalite purulenta. O médico de plantão opta por colher um hemograma, que mostra contagem de neutrófilos=650/mm<sup>3</sup>. Restante do exame físico e do hemograma sem alterações. **ASSINALE A ALTERNATIVA CORRETA NESSE CASO:**

- a) Número normal de neutrófilos.
- b) Neutropenia grave.
- c) Neutropenia moderada.
- d) Neutropenia leve.

**21.** Menina negra, 8 anos e 6 meses, apresenta quadro de telarca iniciada há 14 meses. Sem quaisquer outros dados relevantes na história gestacional, neonatal e pessoal. Sempre foi a mais alta entre as amigas. A mãe menstruou com 10anos e a tia materna entre 10 e 11anos. Altura alvo familiar entre o p10 e p50, com média no p25. Exame físico: Peso=p50, Altura=p75, M3P2. Traz radiografia de idade óssea (IO)=10anos (altura para IO no p25). **QUAL O DIAGNÓSTICO MAIS PROVÁVEL E CONDUTA?**

- a) Aceleração constitucional do crescimento e da puberdade – Observação e orientação com avaliação clínica trimestral e acompanhamento anual de idade óssea.
- b) Puberdade precoce central – Ressonância magnética de crânio e sela, dosagens de LH, FSH e estradiol, idade óssea, e programar bloqueio da puberdade o mais rápido possível.
- c) Puberdade precoce secundária à obesidade – orientação para perda de peso e retorno em três meses com idade óssea.
- d) Puberdade precoce secundária à doença ovariana – ultrassonografia pélvica e conduta conforme achado (massa cística ou cisto-sólida ou sólida no ovário).

**22.** Menina, 7d, é trazida para iniciar puericultura. Nasceu de parto normal, idade gestacional de 38semanas e 3dias, peso de nascimento 2680g(p9), comprimento 46cm(p2), PC=33cm(p14), Apgar 9/10. Na alta, com 3dias de vida, apresentou alteração no teste do coraçãozinho após o que foi submetida a ecocardiografia que detectou leve coarctação de aorta. Mãe refere que está em aleitamento materno exclusivo mamando a cada 2-3hs, sugando forte. Sem queixas, tem consulta agendada com cardiologista pediátrico. Exame físico: bom estado geral, hidratada, corada,

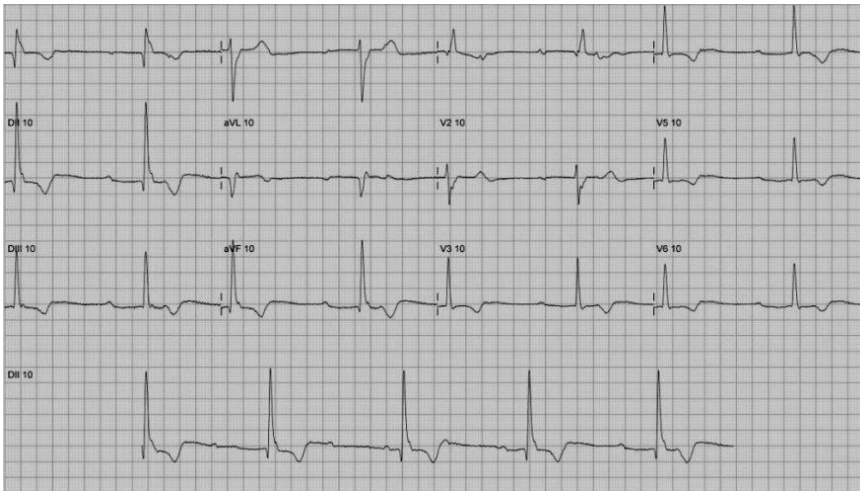
eupneica; P=2850g; C=47cm; PC=34cm; FC=120bpm; pulmões e coração sem alterações; abdome globoso, flácido e sem visceromegalias; presença de discreto edema de mãos e pés, bilateralmente, pouco depressível. **QUAL A CONDUTA ADEQUADA?**

- a) Pedir ureia e creatinina e encaminhar ao nefrologista pediátrico.
- b) Fazer as orientações gerais de puericultura e aguardar a conduta do cardiologista e a evolução do edema de extremidades.
- c) Encaminhar ao geneticista.
- d) Solicitar avaliação urgente do cardiologista para afastar insuficiência cardíaca.

**23.** Adolescente, 14a, sabidamente portador de Diabetes Mellitus tipo 1, é usuário de insulinoterapia, esquema basal-bolus. Durante aula de educação física na escola, inicia quadro de mal estar, fraqueza, tontura, taquicardia, palidez, sudorese fria e tremores. **QUAL A CONDUTA MAIS ADEQUADA NESTE CASO?**

- a) Comunicar imediatamente os familiares e não tomar qualquer conduta até que a família chegue. Verificar a glicemia do jovem e confirmar a hipoglicemia para, então, iniciar o tratamento.
- b) Oferecer um chocolate e, não havendo melhora dos sintomas, oferecer um copo de leite integral ou um pão com manteiga ou uma barra de cereais até que haja resolução dos sintomas.
- c) Oferecer meio copo de água com uma colher de sopa de açúcar e, se após 15 minutos não houver resolução dos sintomas, repetir o tratamento.
- d) Oferecer um copo de suco de laranja ou refrigerante comum e após, aplicar a quantidade de insulina rápida necessária para cobrir a quantidade de carboidrato ingerido.

**24.** Menino, 9a, é portador de Bloqueio Atrioventricular Congênito de 3º grau e marcapasso. Refere trauma por bola na loja do marcapasso, com síncope logo após. Chega à sala emergência pediátrica com FC=35bpm, FR=25irpm, PA sistólica=70mmHg, pulsos centrais e periféricos finos, descorado, enchimento capilar=4segundos, oximetria de pulso=97%, ausculta cardíaca sem sopros, ausculta pulmonar sem alterações, escala de coma de Glasgow=13, sem alterações à palpação da loja do marcapasso. Recebeu oxigenioterapia, duas doses de adrenalina e uma dose de atropina endovenosa, sem melhora. Realizado eletrocardiograma:

**QUAL A PRÓXIMA CONDUTA?**

- a) Marcapasso transcutâneo.
- b) Cardioversão elétrica.
- c) Transfundir concentrado de hemácias.
- d) Massagem cardíaca externa.

**25.** Menina, 11d, termo e adequada para a idade gestacional, apresenta quadro de vômitos, letargia, oligoanúria e perda de 305 gramas desde a alta da maternidade. Está em aleitamento materno exclusivo. Exame físico: mal estado geral, palidez cutâneo-mucosa, PA=35/25mmHg, FC=170bpm, enchimento capilar=4 segundos, sinais de desidratação, clitóris=19mm. Hemograma normal, proteína C reativa normal, sódio sérico=118mEq/L, potássio sérico=7,5mEq/L. **O DIAGNÓSTICO PRECOCE DESSA DOENÇA PODERIA TER SIDO REALIZADO ATRAVÉS DA TRIAGEM BIOLÓGICA NEONATAL, QUE MOSTRARIA NÍVEIS ALTERADOS DE:**

- a) Biotinidase.
- b) Fenilalanina.
- c) Hormônio Tireoestimulante.
- d) 17 OH progesterona.

**26.** Menino, 13a, previamente hígido, encontra-se internado há 30 dias para tratamento de osteomielite aguda de vértebra L5, complicada por abscesso do psoas direito. Foi submetido a três procedimentos cirúrgicos para drenagem. Durante a internação, iniciou antibioticoterapia com oxacilina, substituída por vancomicina após isolamento de *Staphylococcus aureus* meticilino-resistente em hemoculturas. Após o surgimento de exantema pruriginoso e edema periorcular atribuídos à vancomicina, esta foi suspensa e trocada por clindamicina. Há cinco dias, o paciente passou a apresentar diarreia aquosa abundante, com 10 a 12 evacuações por dia, sem melhora após a suspensão da clindamicina. Ao exame, encontra-se em regular estado geral, desidratado,

com abdome distendido e doloroso à palpação, sem sinais de irritação peritoneal. **CONSIDERANDO O QUADRO CLÍNICO, QUAL É O TRATAMENTO MAIS ADEQUADO PARA A COMPLICAÇÃO DESENVOLVIDA PELO PACIENTE?**

- a) Racecadotril por via oral.
- b) Ceftriaxona por via endovenosa.
- c) Vancomicina por via oral.
- d) Metronidazol por via endovenosa.

**27.** Adolescente, 12a, interna por quadro de cefaleia recorrente, acompanhada de escotomas. Há seis meses refere estar sentindo mais cansaço para a prática de atividade física. Nega alterações de hábito intestinal e urinário. Ao exame físico foi observada PA sistólica e diastólica acima do P95 e pulsos reduzidos em MMII, comparados aos superiores; enchimento capilar=2segundos; ausculta pulmonar e palpação de abdome sem alterações. **QUAL O PROVÁVEL ACHADO SEMIOLÓGICO NA ASCULTA CARDÍACA DESTE PACIENTE?**

- a) Clique de ejeção sistólico precoce em foco aórtico seguido de sopro sistólico de baixa intensidade.
- b) Sopro diastólico em “ruflar” e de baixa intensidade, em foco mitral.
- c) Sopro suave contínuo na borda esternal direita, que desaparece na posição supina.
- d) Sopro ejetivo rude em crescendo-decrescendo no foco pulmonar.

**28. ESCOLHA A ALTERNATIVA QUE MELHOR DESCREVE UM MECANISMO DE AUTOLESÃO COMUMENTE OBSERVADO EM ADOLESCENTES, LEVANDO EM CONSIDERAÇÃO FUNCIONAMENTO EMOCIONAL E REGULAÇÃO DE ESTRESSE:**

- a) Resposta a estímulos externos diretos, funcionado como uma expressão externa de raiva.
- b) Manifestação de impulsividade indiscriminada, por repetição de comportamento.
- c) Associada a fenômenos de desejo de chamar atenção, sem função regulatória interna.
- d) Tentativa de obter alívio imediato de dor emocional intensa, ao reduzir a tensão psicológica.

**29.** Menino, 10a, chega com diagnóstico referido de alergia ao leite de vaca, desde sempre. Refere que, ao consumir leite e derivados, após uma ou duas horas, tem dor abdominal em cólica, vômitos e diarreia explosiva, com alívio dos sintomas. Nega urticária, angioedema, reação anafilática ou outras manifestações alérgicas. Mãe refere que fez teste para alergia – IgE específico para caseína, alfa lactoalbumina e beta lactoglobulina: oscilando entre 1 a 4 KUAI/ml. **O DIAGNÓSTICO E A CONDUTA SÃO:**

- a) Alergia ao leite de vaca; dieta de exclusão.
- b) Alergia ao leite de vaca; imunoterapia.
- c) Intolerância à lactose; consumo de alimentos sem lactose, uso eventual de lactase.
- d) Alergia a lactose; dieta de exclusão.

**30.** Menino, 7a, encontra-se internado há sete dias em uso de penicilina cristalina para tratamento de endocardite infecciosa em valva aórtica por *Estreptococos* do grupo *viridans* altamente sensíveis à penicilina. Evolui com piora clínica súbita, com dispneia, tosse com secreção sanguinolenta, taquicardia, 3ª bulha, hipotensão e sopro diastólico em decrescendo em foco aórtico. **A CONDUTA IMEDIATA É:**

- a) Iniciar drogas vasoativas e ampliar esquema antibiótico para germe multirresistente.
- b) Indicar procedimento cirúrgico devido à provável ruptura da valva aórtica.
- c) Realizar expansão volêmica rápida e iniciar corticoterapia para Síndrome do Choque Tóxico.
- d) Iniciar anticoagulação com heparina por provável embolização e trombose pulmonar.

**31.** Menino, 40d, mantém icterícia leve em acompanhamento ambulatorial. Está em aleitamento materno exclusivo, com ganho ponderal adequado, e mãe nega outras queixas. Apresenta diurese clara (oito fraldas/dia) e evacuações semipastosas coradas três vezes ao dia. Parto vaginal, sem intercorrências, idade gestacional 37semanas e 1dia, adequado para idade gestacional, Apgar 8 e 9. Exame físico sem alterações. Exames laboratoriais: bilirrubina total=4,29mg/dL, bilirrubina direta=0,40mg/dL e bilirrubina indireta=3,89mg/dL; tipagem sanguínea materna O Rh positivo e lactente O Rh positivo; reticulócitos, atividade enzimática da G6PD, TSH e T4 livre dentro da faixa de normalidade. **A CONDUTA É:**

- a) Suspender o aleitamento materno e iniciar fórmula por 48 horas para avaliar queda da bilirrubina.
- b) Encaminhar ao gastropediatra para investigação de colestase.
- c) Manter aleitamento materno, orientar acompanhamento ambulatorial e conduta expectante.
- d) Encaminhar ao geneticista para aconselhamento e contraindicar uso de dipirona, nitrofurantoína e medicamentos à base de sulfa.

**32.** Menino, 8a, apresenta dor abdominal periumbilical recorrente há três meses, sem relação com evacuação ou alimentação. Nega febre, vômitos, sangramentos, outras queixas. Apresenta bom ganho ponderoestatural. **QUAL O DIAGNÓSTICO MAIS PROVÁVEL, SEGUNDO OS CRITÉRIOS DE ROMA IV?**

- a) Síndrome do intestino irritável.
- b) Dor abdominal funcional.
- c) Migrânea abdominal.
- d) Dispepsia funcional.

**33.** Menino, 10a, é trazido à consulta por pais preocupados com sua estatura. Hígido, sem comorbidades, alimentação e desenvolvimento neuropsicomotor adequados. Exame físico: estatura=-1,6DP (desvio-padrão) para a idade, G1P1. Curva de crescimento apresenta variação da altura entre -1,4 e -1,6 DP; velocidade de crescimento=6cm/ano. Canal familiar com altura entre os DP -1,0

e 0,0. Pai iniciou puberdade com 13anos e não tem baixa estatura. Exames complementares: hemograma, TSH e T4 livres sem alterações; idade óssea=8anos (para idade cronológica=10 anos).

**PODE-SE AFIRMAR:**

- a) Trata-se de um quadro de maturação lenta e a conduta inicial é manter acompanhamento longitudinal com medidas antropométricas, velocidade de crescimento e idade óssea.
- b) Trata-se de quadro de baixa estatura leve e deve-se completar a investigação com ressonância magnética de crânio e dosagem sérica de hormônio de crescimento.
- c) Trata-se de quadro de baixa estatura leve e deve-se iniciar reposição com hormônio de crescimento para o paciente alcançar o canal familiar antes da puberdade.
- d) Trata-se de um quadro de maturação lenta e deve-se iniciar reposição com hormônio de crescimento para que seja normalizada a idade óssea antes da puberdade.

**34.** Menina, 7a, retorna para reavaliação na Unidade Básica de Saúde por história de febre há três dias e resultado do teste de antígeno NS1 positivo. Mãe conta que apresenta dor abdominal, vômitos persistentes, letargia intermitente e redução da ingesta oral há seis horas. Exame físico: mucosas secas, pulsos cheios, perfusão periférica menor que 2 segundos, FC=96bpm, FR=20irpm, PA=97/57mmHg; dor à palpação abdominal difusa. **A CONDUTA IMEDIATA É:**

- a) Alta com prescrição de antieméticos, hidratação oral vigorosa com 100 ml/kg/dia, orientações de sinais de gravidade e manter reavaliação periódica a cada 48 horas até melhora.
- b) Iniciar reposição volêmica com 10ml/kg na primeira hora e solicitar transferência hospitalar para monitorização, investigação laboratorial complementar e reposição volêmica até estabilização do quadro.
- c) Realizar reposição volêmica inicial com soro fisiológico 5ml/kg em uma hora. Após, dar alta com prescrição de antieméticos, hidratação oral com 60 ml/kg/dia, sendo um terço do volume com sais de reidratação oral, e retorno se apresentar sinais de gravidade.
- d) Realizar reposição volêmica inicial com sais de reidratação oral 5ml/kg em uma hora. Após, dar alta com prescrição de antieméticos, hidratação oral vigorosa com 100 ml/kg/dia, sendo um terço do volume com sais de reidratação oral, e retorno se apresentar sinais de gravidade.

**35.** Gestante de 21 anos teve sorologia para toxoplasmose com 16 semanas com os resultados: IgG e IgM reagentes; Teste de avidéz de IgG baixa; Reação em Cadeia da Polimerase (PCR) no líquido amniótico para *T. gondi* positivo. Foi mantido tratamento com sulfadiazina, piremetamina e ácido folínico até o parto. Criança nasceu a termo, adequada para a idade gestacional. Exame físico e neurológico: sem alterações. Fundo de olho, ultrassonografia transfontanelar, hemograma, enzimas hepáticas e triagem auditiva: todos normais. Sorologia do recém-nascido para toxoplasmose: IgG reagente e IgM não reagente. **QUAL A CONDUTA PARA ESTE RECÉM-NASCIDO?**

- a) Tratar toxoplasmose congênita.
- b) Repetir sorologia da criança mensalmente.
- c) Repetir sorologia da mãe e criança para confirmar a infecção.
- d) Seguimento normal de puericultura.

**36.** Você está de plantão na Unidade de Emergência Referenciada e recebe uma menina de 10 anos transferida de outra cidade para avaliação da cirurgia pediátrica. A criança está acompanhada do pai, que refere que a filha iniciou quadro de dor abdominal intensa há 48 horas, associada a vômitos e febre. Hoje ficou mais prostrada. Exame físico: T=39,5°C, FC=160bpm, FR=36irpm, PA=70/38mmHg, oximetria de pulso=94% (ar ambiente), enchimento capilar=4segundos, pulsos periféricos filiformes, extremidades frias; abdome= doloroso difusamente, com descompressão brusca positiva. A criança encontra-se letárgica, mas responsiva a estímulos dolorosos. **A CONDUTA INICIAL É:**

- a) Iniciar fluidoterapia vigorosa (40–60mL/kg em bolus rápidos de 20 mL/kg), seguida de cirurgia após estabilização.
- b) Administrar antibióticos intravenosos o quanto antes e iniciar fluidoterapia com cristalóides isotônicos em bolus de 20 mL/kg, reavaliando após cada bolus.
- c) Iniciar vasopressor (noradrenalina), sem fluidoterapia inicial, devido ao risco de congestão pulmonar.
- d) Coletar exames, solicitar culturas e hidratar com soro de manutenção enquanto aguarda o resultado dos exames.

**37.** Menina, 1 ano e 6 meses, recém diagnosticada com Diabetes Mellitus tipo 1, necessita iniciar a insulinoterapia subcutânea. **QUAL O ESQUEMA TERAPÊUTICO RECOMENDADO?**

- a) Insulinoterapia intensiva basal-bolus com múltiplas aplicações de insulina, utilizando seringas ou canetas de 0,5U, quando o sistema de infusão contínua de insulina (SICI) não for disponível, associada a monitorização intensiva.
- b) Insulina NPH em doses inferiores a 0,5U/kg/dia com associação de insulina regular ou análogo de insulina rápida sempre que a glicemia ultrapassar 200mg/dL.
- c) Análogo de insulina de ação rápida apenas antecedendo as refeições principais, devido às peculiaridades dessa faixa etária, como irregularidade no padrão alimentar, do sono e da atividade física, além da necessidade de doses menores de insulina e maior risco de hipoglicemia.
- d) Análogo de insulina de ação prolongada de forma isolada já que nessa faixa etária doses de até 0,5U de insulina podem ser excessivas para essas crianças.

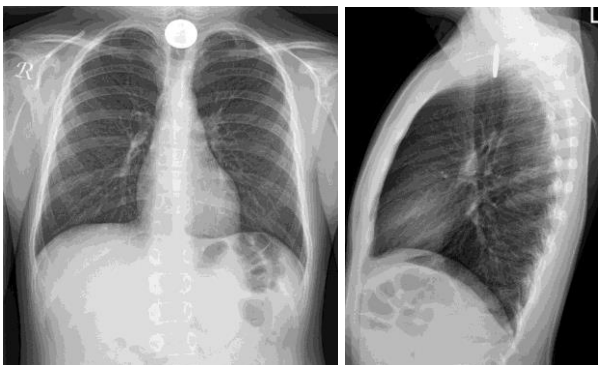
**38.** Menino, 6 horas de vida, encontra-se internada em regime de alojamento conjunto e em amamentação exclusiva. O peso de nascimento foi 3.100g e a idade gestacional de 40 semanas, com Apgar de 1º minuto=6 e de 5º minuto=10, sem necessidade de reanimação. Percentil de peso para a idade gestacional foi 23,4. A mãe tem história de uso de terbutalina (um comprimido a cada 12 horas) por crise de asma nos últimos seis dias. Sem outras alterações no acompanhamento pré-natal. A criança encontra-se hipoativa e com sucção fraca ao seio materno. O enfermeiro realizou uma fita glicêmica e o valor foi 25mg/dL, e essa medida foi confirmada por dosagem de glicemia de 28mg/dL. Hematócrito venoso de 60%. **EM RELAÇÃO À CAUSA DA HIPOGLICEMIA, QUAL O MECANISMO ENVOLVIDO?**

- a) Desnutrição.
- b) Policitemia.
- c) Asfixia.
- d) Hiperinsulinismo.

**39.** Menino, 6a, previamente saudável, é trazido ao Pronto Socorro em crise convulsiva tônico-clônica generalizada há sete minutos. O paciente foi encaminhado à sala de emergência, monitorizado, recebeu oxigênio suplementar. A glicemia capilar estava normal. A equipe de enfermagem tentou obter acesso venoso periférico, sem sucesso até o momento. Considerando os medicamentos disponíveis no Brasil, qual o tratamento mais adequado no momento?

- a) Diazepam intramuscular.
- b) Lorazepam via retal.
- c) Midazolam intramuscular.
- d) Fenitoína intramuscular.

**40.** Menino, 4a, foi levado ao Pronto Socorro após ingestão acidental de moeda, testemunhada pelos pais, há cerca de duas horas. No momento, o paciente está sem tosse, sem sialorreia, sem dor ou desconforto respiratório. O exame físico é normal. Radiografia de tórax:



**A CONDUTA É:**

- a) Alta hospitalar, orientar observação domiciliar e repetir radiografia em 48 horas para avaliar progressão espontânea.
- b) Endoscopia digestiva alta em caráter de urgência (< 2 horas).
- c) Observar em Pronto Socorro por 6 horas e, se a criança permanecer assintomática, alta com retorno em 48h para reavaliação.
- d) Endoscopia digestiva alta em até 24 horas.

**41.** Menino, 4m, é levado ao Pronto Socorro com história de irritabilidade, recusa alimentar e palidez há duas horas. Exame físico: letárgico, FC=230bpm, FR=60irpm, PA=70/40mmHg, pulsos periféricos fracos, enchimento capilar=4segundos. Eletrocardiograma=taquicardia de complexo QRS estreito (0,06s), sem ondas P visíveis e com frequência cardíaca de 230bpm. **A CONDUTA É:**

- a) Manobra de valsalva.
- b) Adenosina endovenosa seguida de um flush de soro fisiológico.
- c) Cardioversão sincronizada iniciando com 2J/kg.
- d) Desfibrilação elétrica na dose de 2J/kg.

**42.** Menina, 13a, tem história de tosse crônica. Nega tabagismo. Estatura=153cm, Peso=48Kg. Realizou um exame de espirometria:

| Variável                    | Valor previsto | LIN  | Valor Pré BD | % do valor previsto | Valor Pós BD | % do valor previsto | % de alteração |
|-----------------------------|----------------|------|--------------|---------------------|--------------|---------------------|----------------|
| CVF(L)                      | 2,63           | 2,16 | 3,02         | 115                 | 3,06         | 116                 | 1              |
| VEF1(L)                     | 2,44           | 2,01 | 1,96         | 80                  | 2,19         | 90                  | 12             |
| VEF1/CVF                    | 0,93           | 0,81 | 0,65         | 70                  | 0,72         | 77                  | 10             |
| FEF <sub>25-75%</sub> (L/s) | 3,10           | 2,29 | 1,20         | 39                  | 1,62         | 52                  | 35             |
| FEF <sub>25-75%</sub> /CVF  | 1,2            | 0,90 | 0,40         | 33                  | 0,53         | 44                  | 34             |

L=Litros; L/s=Litros por segundo; LIN=Limite Inferior da Normalidade; %=Porcentagem; BD=Broncodilatador; CVF=Capacidade Vital Forçada; VEF1=Volume Expiratório Forçado no primeiro minuto; FEF=Fluxo Expiratório Forçado.

**O LAUDO DESTE EXAME É:**

- a) Distúrbio ventilatório restritivo.
- b) Distúrbio ventilatório misto.
- c) Distúrbio ventilatório inespecífico.
- d) Distúrbio ventilatório obstrutivo leve com resposta a broncodilatador.

**43.** Menino, 12 anos de idade, vem para consulta de retorno sem queixas. Tem diagnóstico de febre reumática há aproximadamente dois anos, e está em uso de penicilina benzatina a cada 21 dias. Ecocardiograma=lesão valvar residual moderada. **SEGUNDO AS DIRETRIZES DA SOCIEDADE**

**BRASILEIRA DE PEDIATRIA, REUMATOLOGIA E CARDIOLOGIA, A PROFILAXIA SECUNDÁRIA DEVE SER MANTIDA ATÉ:**

- a) 18 anos de idade ou 5 anos após o último surto.
- b) 21 anos de idade ou 5 anos após o último surto.
- c) 25 anos de idade ou 10 anos após o último surto.
- d) 40 anos de idade ou por toda a vida.

**44.** Criança nasce com 38 semanas de gestação por parto vaginal e encontra-se hipotônica e em apneia. O obstetra lhe informa que o líquido amniótico é meconial. Ela foi submetida aos passos iniciais da reanimação e, devido à manutenção da bradicardia, foi aplicada ventilação com pressão positiva por máscara. **O PRÓXIMO PASSO DA REANIMAÇÃO É:**

- a) Massagem cardíaca.
- b) Administração de adrenalina.
- c) Intubação e aspiração traqueal.
- d) Aplicação de máscara laríngea.

**45.** Menino, 12m, nasceu de parto normal, Apgar 9-10, peso de nascimento de 3.200g, bom ganho de peso e estatura, sem doenças prévias. Leite materno até o quinto mês, quando foi para creche. Com seis meses de vida foi internado com bronquiolite viral aguda (BVA) em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica. Desde então, mantém sibilância contínua, com exacerbações a cada 20 dias, em média. Várias idas à Unidade de Emergência, onde fica um-dois dias internado. Nunca teve pneumonia. **QUAL ALTERNATIVA É A MAIS COMPLETA COM RELAÇÃO AO QUE FALTA NESSA HISTÓRIA PARA RISCO ELEVADO DE ASMA ALÉRGICA?**

- a) Crises desencadeadas por choro e infecções virais do trato respiratório; sem antecedentes familiares de asma; exame físico normal fora das crises; tratamento das crises de sibilância com resposta parcial ao Beta2 agonista de curta duração; eosinofilia de 4%.
- b) Mãe com asma; exame físico com presença de lesões compatíveis com dermatite atópica; tratamento das crises de sibilância com boa resposta ao Beta2 agonista de curta duração.
- c) Crises desencadeadas por vírus; sem antecedente familiar de atopia; exame físico normal fora das crises; tratamento das crises de sibilância com pouca resposta ao Beta2 agonista de curta; IgE no limite superior.
- d) Crises desencadeadas por vírus ou quando mama; mãe com asma; exame físico normal fora das crises, não responde ao Beta2 agonista de curta duração.

**46.** O pai de um menino pré-escolar vem à consulta relatando que seu filho apresenta episódios de insuficiência respiratória crônica desde o sexto mês de vida, quando ficou internado na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica por bronquiolite viral aguda por Adenovírus. Segundo o pai, há quatro meses foi solicitada uma tomografia computadorizada de alta resolução de tórax, cujo laudo foi:

“Compatível com doença de pequenas vias aéreas: Bronquiolite Obliterante Pós Infecciosa (BOPI)”. A tomografia computadorizada de alta resolução de tórax, em pacientes com história clínica sugestiva, apresenta uma alteração que é compatível com BOPI. **ESSA ALTERAÇÃO É DENOMINADA:**

- a) Atenuação em mosaico.
- b) Arvore em brotamento.
- c) Vidro fosco.
- d) Anel de Sinete.

**47.** Menino, 30d, nascido de parto normal, apresenta quadro de tosse há duas semanas. A mãe informa que a tosse vem piorando progressivamente e que, nos últimos dias, tem atrapalhado as mamadas. Exame físico: bom estado geral, afebril, FR=65irpm; estertores difusos à ausculta pulmonar, ausência de tiragem; restante sem alterações. Hemograma: aumento do número de eosinófilos. **A PRINCIPAL E MAIS PROVÁVEL HIPÓTESE DIAGNÓSTICA É:**

- a) Coqueluche.
- b) Bronquiolite Viral Aguda.
- c) Pneumonia viral.
- d) Pneumonia por Clamídia.

**48.** A pandemia pelo SARS-CoV-2 trouxe numerosos transtornos para a saúde de milhares de pessoas ao redor do planeta. Algumas medidas foram implantadas. Considere a seguinte afirmativa: “O uso de preservativos está para a prevenção das infecções sexualmente transmissíveis, assim como o uso de máscaras está para a prevenção de doenças infecciosas do trato respiratório”. **QUAL DAS ALTERNATIVAS ABAIXO ESTÁ MAIS DE ACORDO COM A AFIRMAÇÃO DA FRASE ANTERIOR?**

- a) Machismo.
- b) Feminismo.
- c) Altruísmo.
- d) Ausência de evidência científica.

**49.** Menino, 7a, está internado em uma Unidade de Terapia Intensiva com diagnóstico de cetoacidose diabética grave. Após expansão volêmica inicial, apresenta potássio sérico de 5,5mEq/L. **ANTES DE INICIAR MEDIDAS DE REDUÇÃO DA HIPERCALEMIA, QUAL DEVE SER A PRINCIPAL CONDUTA?**

- a) Corrigir a acidose metabólica com bicarbonato de sódio imediatamente.
- b) Garantir presença de diurese, devido ao risco de necrose tubular aguda.
- c) Administrar solução polarizante (glicose + insulina) sem restrições.
- d) Iniciar restrição hídrica para evitar edema cerebral.

**50. A DOSE DE INSULINA DEVE GERALMENTE PERMANECER EM 0,05–0,1UNIDADE/KG/H, PELO MENOS ATÉ A RESOLUÇÃO DA CETOACIDOSE DIABÉTICA, QUE SERÁ CONSIDERADA QUANDO O PH E O BICARBONATO SÉRICO ATINGIREM OS SEGUINTE VALORES:**

- a) pH > 7,25, bicarbonato sérico >15 mmol/L.
- b) pH > 7,30, bicarbonato sérico >15 mmol/L.
- c) pH > 7,25, bicarbonato sérico >18 mmol/L.
- d) pH > 7,30, bicarbonato sérico >18 mmol/L.

**51. Menina, 10d, idade gestacional corrigida de 29 semanas, apresenta canal arterial pérvio com repercussão clínica confirmada por ecocardiograma. CONSIDERANDO A FISIOPATOLOGIA DA LESÃO, OS SEGUINTE TRATAMENTOS PODEM SER CONSIDERADOS, EXCETO:**

- a) Propranolol.
- b) Furosemide.
- c) Ibuprofeno.
- d) Paracetamol.

**52. Dois meninos de 8 anos são amigos e frequentam a mesma sala na escola, ambos têm a mesma altura, 4cm abaixo do terceiro percentil para idade e sexo. Para ambos, a média do canal familiar é o terceiro percentil. O menino A tem idade óssea=5anos (idade cronológica=8a) e o menino B tem idade óssea compatível com a cronológica. Ambos são hígidos e pré-pubescentes. A mãe do menino A teve menarca aos 14 anos e a do menino B, aos 12 anos. Ambos são filhos únicos e vêm crescendo com velocidade normal para a idade. QUAL O DIAGNOSTICO SINDRÔMICO DE AMBOS E QUAL O QUE TEM MELHOR PROGNÓSTICO DE ESTATURA FINAL?**

- a) Ambos têm Altura Normal e o menino A tem melhor prognóstico de altura final.
- b) Ambos têm Baixa Estatura e o menino B tem melhor prognóstico de altura final.
- c) Ambos têm Baixa Estatura e o menino A tem melhor prognóstico de altura final
- d) Ambos têm Altura normal e o menino B tem melhor prognóstico de altura final.

**53. Menino, 4a, vítima de acidente automobilístico com traumatismo cranioencefálico, encontra-se em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica. Está sob ventilação mecânica, adequadamente sedado, com monitorização de pressão intracraniana (PIC) e pressão arterial invasiva. OS VALORES ALVOS PARA PIC E PaCO2 SÃO:**

- a) PIC máxima de 25 e PaCO2 alvo entre 28-34 mmHg.
- b) PIC máxima de 20 e PaCO2 alvo entre 35 e 40 mmHg.
- c) PIC máxima de 25 e PaCO2 alvo entre 35 e 40 mmHg.
- d) PIC máxima de 20 e PaCO2 alvo entre 28-34 mmHg.

**54. QUAL DAS ALTERNATIVAS MELHOR DESCREVE UMA ABORDAGEM MAIS APROPRIADA PARA UM ADOLESCENTE QUE FAZ USO DE CIGARRO ELETRÔNICO (VAPE) COM OS AMIGOS, UMA VEZ POR SEMANA?**

- a) Mandar parar o uso imediatamente.
- b) Aconselhamento breve e acompanhamento.
- c) Como o uso é de baixo risco não é preciso intervir.
- d) Como ele faz uso apenas com os amigos o uso não é preocupante mas deve-se realizar seguimento.

**CASO CLÍNICO PARA AS QUESTÕES 55, 56 e 57:**

Menino, 5a, é trazido para avaliação por alteração da função renal e sinais de nefropatia bilateral em ultrassonografia. Mãe refere vômitos há seis dias, quando procurou avaliação médica e foi orientado uso de antiemético, com melhora dos vômitos. Há três dias queixou-se de dor epigástrica e foi avaliado novamente em Pronto Socorro, onde foram realizados exames que evidenciaram alteração da função renal. Nega febre, diarreia, constipação, inapetência, perda de peso, queixas urinárias. Refere vacinação atualizada e puericultura durante o primeiro ano de vida. Nega doenças ou uso de medicamentos. Pais não consanguíneos e saudáveis. Exame físico: P=16,4kg (entre o Z-escore -2 e -1), E=109cm (entre o Z-escore -3 e -2), bom estado geral, descorado 2+/4+, hidratado, anictérico, afebril, eupneico, FC=106bpm, FR=24irpm, oximetria de pulso=100%(ar ambiente), enchimento capilar=2segundos; PA=163/111mmHg; coração=sopro sistólico suave em foco mitral, sem irradiações; pulmões=murmúrio vesicular presente e simétrico, com roncos de transmissão; testículos não palpáveis; abdome e extremidades sem alterações. Exames séricos (venoso): Hb=8,3g/dL, Ht=25,5%, VCM=85,1; HCM 28,7; CHCM 33,7, leucócitos=6100/mm<sup>3</sup> (neutrófilos=2867/mm<sup>3</sup>, linfócitos=2867/mm<sup>3</sup>, eosinófilos=61/mm<sup>3</sup>, monócitos=305/mm<sup>3</sup>); plaquetas=190.000/mm<sup>3</sup>; ureia=152mg/dL; creatinina=2,7mg/dL; Cálcio=7,8mg/dL; Fosfato=6,3mg/dL; potássio=5,6mEq/L; sódio=138mEq/L; paratormônio=254pg/mL; LDL=85mg/dL; albumina=3,5 g/dL; pH=7,21; pCO<sub>2</sub>=34,8mmHg; bicarbonato=13,1mmol/L; pCO<sub>2</sub>=14,3; BE=-12,0; ânion gap=14,0mmol/L; osmolaridade=286mmol/Kg. Exame de urina: D=1006, pH=5,5; proteína=++; sedimento=nada digno de nota. Ultrassonografia de abdome: rins com dimensões no limite inferior da normalidade para idade; ecogenicidade renal aumentada, com redução de definição corticomedular bilateral; Rim direito mede 6x2,6cm (parênquima=0,6cm); rim esquerdo mede 6,1x2,7cm (parênquima=0,5 cm); bexiga com forma, contornos, conteúdo e capacidade normais.

**55. CONSIDERANDO-SE O CASO ACIMA E OS DADOS APRESENTADOS, É CORRETO AFIRMAR QUE:**

- a) Há hiperparatireoidismo provavelmente desencadeado pela hipocalcemia e hiperfosfatemia.
- b) A gasometria indica a presença de acidose metabólica e respiratória com aumento do ânion gap.
- c) Os dados do exame de urina, da albuminemia e do colesterol sugerem uma doença glomerular como etiologia.
- d) O clearance de creatinina estimado pela fórmula de Schwartz ( $k=0,414$ ) indica que o paciente está no estágio 3 da doença renal crônica.

**56. O paciente acima apresenta comprometimento importante do crescimento. QUAL DAS SEGUINTESS ASSOCIAÇÕES ESTÁ FORTEMENTE ASSOCIADA AO RETARDO DE CRESCIMENTO NESSE CASO?**

- a) Acidose metabólica + hipercolesterolemia.
- b) Anemia + hiponatremia.
- c) Hiperparatireoidismo + anemia.
- d) Hipoalbuminemia + hiperpotassemia.

**57. NA FAIXA ETÁRIA DO PACIENTE, A PRINCIPAL CAUSA QUE LEVA À DOENÇA RENAL CRÔNICA É:**

- a) Doenças genéticas do podócito.
- b) Doenças inflamatórias glomerulares.
- c) Infecção do trato urinário.
- d) Malformações do trato urinário.

**58. Em relação ao encerramento de uma consulta, ASSINALE VERDADEIRO OU FALSO:**

- I. O médico deve realizar a construção da narrativa compreensiva da doença.
- II. O médico deve resumir e verificar a conduta acordada com o paciente.
- III. O médico deve perguntar se há dúvidas ou outros temas a abordar.
- IV. O médico deve informar como contactar os serviços de saúde, agendamentos e encaminhamentos necessários.

**ASSINALE A SEQUÊNCIA CORRETA:**

- a) F, V, V, V
- b) V, V, V, V.
- c) F, V, F, V.
- d) V, F, F, V.

**59.** Menina, 4a, apresenta petéquias na pele e sangramento leve na boca ao escovar os dentes. Previamente hígida, relata vacinação há 40 dias e febre intermitente até 38°C há cinco dias. Exame físico: cavidade oral sem alterações, exceto por amígdalas grau 3, sem hiperemia ou secreção purulenta. Linfonodos de até 2,5cm indolores em cadeia cervical, submandibular e inguinal. Sem visceromegalia. Pele com petéquias em membros inferiores predominantemente. Hemograma com série vermelha e branca normal. Plaquetas 15.000/mm<sup>3</sup>. **A CONDUTA É:**

- a) Sorologia para mononucleose e seguimento pediatra consultório.
- b) Internação para mielograma diagnóstico.
- c) Iniciar imunoglobulina humana.
- d) Rx tórax. Teste cutâneo. Iniciar isoniazida.

**60.** Menina, 11a, é trazida à Unidade Básica de Saúde para puericultura. Refere que há alguns meses começou a sentir “falta de ar e bateadeira no coração” aos grandes esforços, que cessa imediatamente. Nega outras queixas, nega antecedentes relevantes. Exame físico: IMC=17,5Kg/m<sup>2</sup> (p50); corada, hidratada, acianótica, afebril, eupneica; PA=104/62mmHg (p50), FC=90bpm, FR=15irpm; coração: bulhas rítmicas, com desdobramento fixo de segunda bulha em foco pulmonar, ausência de sopros. Sem outras alterações. **A PRINCIPAL HIPÓTESE DIAGNÓSTICA É:**

- a) Comunicação interatrial.
- b) Comunicação interventricular.
- c) Estenose pulmonar.
- d) Coração normal.

**61.** Recém-nascido termo, adequado para idade gestacional (P=3.350g), assintomático, está em alojamento conjunto com 24 horas de vida, e necessita de punção lombar para investigação de sífilis congênita. **QUAL INTERVENÇÃO ANALGÉSICA PODE SER USADA PARA CONTROLE DE DOR PARA ESSE PROCEDIMENTO?**

- a) Nenhuma intervenção analgésica é necessária para a punção lombar.
- b) Infiltração subcutânea de lidocaína na região a ser puncionada.
- c) Administração de glicose ou leite humano associada à sucção não nutritiva.
- d) Utilizar analgesia sistêmica e sedação, com um bolus endovenoso lento de opioide.

**62.** Menino, 13a, previamente hígido, proveniente de zona rural e sem seguimento na Unidade Básica de Saúde, é trazido ao Pronto Socorro com queixa de febre (38°C), dor intensa na região da maxila e dificuldade para mastigar alimentos sólidos há dois dias. A genitora relata queda do cavalo há uma semana, com lesão por arame farpado no tornozelo direito, tratado em casa com limpeza local. Exame físico: regular estado geral, FC=142bpm, FR=26irpm, PA=130/85mmHg, T=38,8°C; apresenta trismo evidente, rigidez de nuca e hiperreflexia nos membros inferiores.

**CONSIDERANDO O QUADRO CLÍNICO APRESENTADO, QUAL TRATAMENTO DEVE SER PRONTAMENTE INSTITUÍDO PARA IMPEDIR A PROGRESSÃO DA DOENÇA?**

- a) Pulsoterapia com metilprednisolona endovenosa.
- b) Imunoglobulina antitetânica humana intramuscular.
- c) Midazolan endovenoso contínuo.
- d) Ceftriaxona intramuscular.

**63. NO TRATAMENTO DO RECÉM-NASCIDO COM HIPOTIREOIDISMO CONGÊNITO, DEVE-SE:**

- a) Utilizar a solução de levotiroxina.
- b) Repetir a dose de levotiroxina se a criança vomitar.
- c) Administrar a levotiroxina após a mamada.
- d) Suspender a amamentação se a mãe utiliza medicamento antitireoidiano.

**64. Paciente em tratamento quimioterápico para neuroblastoma de alto risco chega ao Pronto Socorro relatando febre. A CONDUTA É:**

- a) Painel viral respiratório. Seguimento em 24h no ambulatório de Oncologia Pediátrica.
- b) Coleta de hemograma e exame sumário de urina. Alta com antibiótico oral e retorno em 48h no ambulatório de Oncologia Pediátrica.
- c) Coleta hemograma, hemocultura (periférica e central) e início de antibiótico imediato.
- d) Coleta hemograma, hemocultura (periférica e central) e início de antibiótico apenas se paciente apresentar neutropenia.

**65. Menina, 4m, em aleitamento materno exclusivo, apresenta regurgitação persistente e irritabilidade, apesar de medidas posturais e espessamento do leite ordenhado. Mantém crescimento adequado. QUAL A INTERVENÇÃO MAIS ADEQUADA?**

- a) Suspender o aleitamento materno e introduzir fórmula padrão.
- b) Dieta de exclusão materna de leite por duas a quatro semanas, com posterior reintrodução.
- c) Introduzir inibidor de bomba de prótons.
- d) Fazer teste terapêutico com famotidina e/ou sucralfato.

**66. Menina, 45d, saudável. Nasceu com 35semanas e 4dias, com P=2.300g. Apresentou lesão pápulo-eritematosa em região zigomática esquerda nos primeiros dias de vida, que evoluiu para tumoração vinhosa de 1,3cm de diâmetro. DIANTE DESSA LESÃO TÍPICA DE HEMANGIOMA INFANTIL, A CONDUTA É:**

- a) Expectante, pois o hemangioma se caracteriza por autoinvolução natural.
- b) Realizar a ressecção cirúrgica da lesão, devido crescimento acelerado.

- c) Tratar com laser de corante pulsado para a regressão da lesão.
- d) Iniciar propranolol sistêmico devido ao tamanho e localização da lesão.

**67.** Recém-nascido a termo, adequado para a idade gestacional, nascido de parto cesáreo por histórico de duas cesarianas anteriores. Está com 72 horas de vida, com leite materno em livre demanda, com quadro de icterícia. Apresentou dois episódios de hipoglicemia (40 e 35mg/dl) com 48 e 64 horas de vida, corrigidas com glicose endovenosa. Exame físico: bom estado geral, corado, hidratado, acianótico, ictérico ++/4 zona 4 de Kramer; genital=masculino típico, com pênis de 1,5cm de comprimento e testículos palpáveis em canal inguinal médio, bilateralmente; exame por aparelhos e neurológico normal. Teste do pezinho: normal. Bilirrubinas aumentadas, à custa de bilirrubina direta. **QUAL O DIAGNÓSTICO MAIS PROVÁVEL E A CONDUTA?**

- a) Erro inato do metabolismo – solicitar interconsulta com genética e gastropediatria.
- b) Hipopituitarismo – colher ACTH, cortisol, TSH, T4 livre e IgF1 e iniciar reposição com hidrocortisona e, 10 dias após, com tiroxina, se confirmado o hipotireoidismo central. Avaliar necessidade de reposição de hormônio do crescimento. Investigar com ressonância de sela túrcica.
- c) Recém-nascido normal com icterícia fisiológica agravada pelo leite materno, e hipoglicemia por baixa ingesta – acompanhar e encaminhar para cirurgião pediátrico para acompanhar a criptorquidia.
- d) Icterícia por colestase neonatal – avaliação de função hepática e ultrassonografia abdominal – interconsulta urgente com gastropediatria e cirurgia pediátrica.

#### **CASO CLÍNICO PARA AS QUESTÕES 68 e 69.**

Menina, 15a, é trazida para avaliação com história de dor na perna direita e em andar inferior do abdome há dois dias. No período, refere aparecimento de mancha eritematosa periumbilical, em flancos e em porção superior e anterior da coxa direita. Refere não conseguir deambular devido à dor na perna. Desde o início do quadro, refere anorexia, vômitos, calafrios, tremores e redução do volume urinário. Nega trauma, febre, diarreia ou outras queixas. Antecedentes: síndrome nefrótica corticossensível. Há uma semana apresentou descompensação da síndrome nefrótica, sem fator desencadeante, quando foi reiniciado uso de prednisona 60mg/dia, espironolactona 50mg/dia e vitamina D 2000UI/dia. Exame Físico: Peso=58kg (51 kg quando sem edema), FC=63bpm, PA=100/53mmHg, bom estado geral, corada, hidratada, acianótica, anictérica, afebril, eupneica, pulsos periféricos cheios e simétricos; edema bi palpebral e de membros inferiores até o joelho; coração e pulmões sem alterações; abdome timpânico, com defesa e dor intensa à palpação superficial e profunda, presença de ascite; quadril com mobilidade preservada; membro inferior direito=face anterior e lateral da coxa direita com eritema acentuado, dor à palpação superficial; panturrilha direita tensa e dolorosa à palpação. Exames séricos (venoso): Hb=16,4mg/dL,

Ht=50,3%, leucócitos=27.600/mm<sup>3</sup> (3%bastonetes, 88%neutrófilos), plaquetas=292.000/mm<sup>3</sup>; pH=7,33, pCO<sub>2</sub>=53,4mmHg, bicarbonato=27,7mmol/L; sódio=136mEq/L; potássio=3,3mEq/L; cálcio iônico=1,14mmol/L; lactato=2,8mmol/L; creatinina=0,77mg/dL (creatinina prévia=0,58mg/dL); ureia=33mg/dL; albumina=1,4g/dL; PCR=135mg/L; TTPA 35segundos (R=1,29); RNI=1,06. Exame de urina: D=1038, proteína +++, hemácias<1campo, leucócitos ausentes; sódio urinário (amostra)=11mEq/L; creatinina urinária=182,6mg/dL.

**68. DENTRO DO CONTEXTO ACIMA, ASSINALE A ALTERNATIVA CORRETA:**

- a) O aumento do hematócrito e a diminuição da albuminemia tem relação de causa e efeito.
- b) O aumento da creatinina sérica corresponde a uma lesão renal aguda que de acordo com o KDIGO é do grau 2.
- c) A fração de excreção de sódio é de 0,03 e, portanto, mais elevada que o esperado nesta situação.
- d) O valor da fração de excreção de sódio e o valor da densidade urinária são antagônicas.

**69.** No caso acima, a paciente está vivenciando complicações esperadas da Síndrome Nefrótica descompensada. Tendo em conta os dados clínicos e laboratoriais, uma série de condutas imprescindíveis deveriam ser tomadas. **A MELHOR ASSOCIAÇÃO DE CONDUTAS É:**

- a) Albumina endovenosa, anticoagulação profilática e hidrataçãoendovenosa.
- b) Antibioticoterapia, expansão de volume e diurético de alça.
- c) Antibioticoterapia, anticoagulação profilática e expansão de volume
- d) Antibioticoterapia, anticoagulação plena e diurético de alça.

**70.** Adolescente, 12a, é trazido para primeira consulta com queixa de episódios de febre, mal-estar, cefaleia e perda de peso. Exame físico: eritema malar, úlceras orais, alopecia e artrite em joelhos. Exames laboratoriais externos revelaram anticorpos antinucleares de padrão nuclear homogêneo (1:1280), anti-DNA dupla hélice=1:640, redução sérica do complemento (c3 e c4) e proteinúria. Feita a hipótese diagnóstica de lúpus eritematoso sistêmico juvenil (LESj). **ASSINALE A AFIRMATIVA CORRETA:**

- a) São indicados filtro solar e hidroxicloroquina para todos os pacientes com LESj.
- b) São recomendados corticoesteroides e metotrexate para todos os pacientes.
- c) É indicada pulsoterapia com metilprednisolona para todos os pacientes com LESj.
- d) São recomendados hidroxicloroquina e azatioprina para todos os pacientes.

**71.** Menino, 18m, previamente saudável, está há um dia com diarreia aquosa (seis evacuações nas últimas 24h), sem sangue, sem vômitos persistentes. Aceita líquidos e alimentos e está alerta, com sinais vitais estáveis e mucosas úmidas. **A CONDUTA É:**

- a) Oferecer 200ml a 300ml de líquidos caseiros com glicose, após cada evacuação; evitar o leite materno temporariamente e prescrever 5 mg/dia de zinco por 5 dias.
- b) Iniciar antibiótico empírico com azitromicina (10mg/kg/dia) ou ceftriaxona (50mg/kg/dia) até resultado de coprocultura. Manter aleitamento materno e alimentação habitual até melhora.
- c) Prescrever jejum, iniciar suporte hídrico venoso e aguardar estabilização clínica antes de iniciar dieta por via oral.
- d) Oferecer 100ml a 200 ml de líquidos após cada evacuação, manter aleitamento materno e alimentação habitual, prescrever 20 mg/dia de zinco por 10–14 dias.

**72.** Menino, 6a, com história de dor difusa em membros inferiores, principalmente no fim do dia e à noite há três meses. A criança chegou a acordar algumas noites queixando-se de dor. Mãe refere melhora com massagem ou dipirona. Conta que no outro dia a criança acorda bem, sem dores, como se nada tivesse acontecido. A dor não é diária, ocorre numa frequência aproximada de três vezes por semana. Exame físico sem alterações. **NESTE CASO A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA MAIS PROVÁVEL É:**

- a) Dor de crescimento.
- b) Sinovite transitória do quadril.
- c) Artrite Idiopática Juvenil.
- d) Artrite séptica.

**73.** Menina, 3m, vem encaminhada para avaliação por suspeita de fratura de crânio. Mãe refere ter notado edema em couro cabeludo há três dias. Desde então, tem notado dor local e aumento do edema, motivo porque a levou para avaliação na Unidade de Pronto Atendimento hoje, onde foi observado cefalohematoma parietotemporal à esquerda. Nega trauma, febre, vômitos, inapetência ou outras queixas. Nega doenças e uso de medicamentos e refere que ela e o pai da criança são responsáveis por seu cuidado. Tomografia de crânio=fratura com afundamento em osso temporal à esquerda e hemorragia epidural discreta. Sem outras alterações. **QUAL DAS HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS ABAIXO É MAIS COMPATÍVEL COM O QUADRO CLÍNICO APRESENTADO?**

- a) Síndrome do bebê sacudido com fratura e afundamento, sendo necessário realizar fundoscopia para corroborar este diagnóstico.
- b) Traumatismo crânio encefálico com fratura com afundamento e sangramento intracraniano por trauma indubitavelmente accidental.
- c) Síndrome do bebê sacudido com fratura e afundamento, sendo um dos genitores suspeito de ter provocado o quadro.
- d) Traumatismo crânio encefálico com fratura com afundamento e sangramento intracraniano por provável trauma provocado.

**74.** Menina, 6a, previamente hígida, apresentou sintomas de infecções de vias respiratórias superiores recentemente. Apresenta bom ganho ponderoestatural e a vacinação está completa. Exame físico durante consulta é normal. Pediatra, após a mãe muito insistir, solicita exame de hemograma de rotina. Após uma semana, mãe retorna desesperada com o resultado do exame: Hb=12.5g/dL; VCM=80fl; HCM=32pg; leucócitos=3900/mm<sup>3</sup> (neutrófilos=1050/mm<sup>3</sup>; linfócitos=2150/mm<sup>3</sup>; monócitos=200/mm<sup>3</sup>; eosinófilos=500/mm<sup>3</sup>; plaquetas=390.000/mm<sup>3</sup>.

**ASSINALE A CORRETA:**

- a) Provável leucemia. Iniciar prednisona e encaminhar para oncohematologista.
- b) Solicitar DEB teste e encaminhar para avaliação específica.
- c) Repetir hemograma em 2 a 4 semanas.
- d) Solicitar ácido fólico e vitamina B12.

**75.** Menino, 8a, é trazido sem queixas para reavaliação após três meses. Na consulta anterior foi identificada velocidade de crescimento=2,3cm/ano, o que motivou reavaliação e realização de exames complementares. Função renal, hepática e tireoidiana normais; antitransglutaminase IgA negativo; Imunoglobulina A sérica e somatometina C normais; radiografia de punho=idade óssea=5 anos e 6meses (para idade cronológica=8anos). Refere alimentação e sono adequados, atividade física regular. Nega doenças ou uso de medicamentos. Exame físico: Peso=p25, Altura=p25, IMC=p50; G1P1. Foi solicitado Teste de Estímulo para avaliação da liberação de GH com Clonidina=12ng/dL. **COMO DEVE SER INTERPRETADO ESTE RESULTADO? DEVE-SE PROSSEGUIR A INVESTIGAÇÃO PARA DEFICIÊNCIA DE HORMONIO DE CRESCIMENTO?**

- a) A investigação da Deficiência de GH neste paciente não deve prosseguir, pois o Teste de Estímulo com clonidina realizado mostrou um valor normal (superior a 5ng/dl no Brasil), o que afasta este diagnóstico; não realizar outro teste.
- b) A investigação da Deficiência de GH deve prosseguir com a realização de um segundo teste de estímulo, que pode ser o Teste de Tolerância Insulínica (ITT), pois são necessários dois testes responsivos para afastar este diagnóstico.
- c) O Teste de Estímulo com clonidina deve ter mais do que um resultado acima do valor limite que no Brasil é 5ng/dL, então o paciente deverá realizar o segundo teste, o ITT para confirmação ou exclusão do diagnóstico de Deficiência de GH.
- d) O diagnóstico da Deficiência de GH com a dosagem de Igf1 normal realizada durante a investigação laboratorial inicial já estava afastado

**76.** Adolescente, 15 anos, procura Unidade Básica de Saúde, pois foi informado pelos colegas que poderia iniciar a PrEP (Profilaxia Pré-exposição). É homossexual, tem vida sexual ativa e vários parceiros. Teste para HIV=negativo. Exame físico: P=45kg, E=150cm, PA=110/70mmHg, sem alterações. **ALÉM DE REFORÇAR USO DE PRESERVATIVO, QUAL A CONDUTA?**

- a) Informar que a PrEP pode ser utilizada a partir dos 18 anos.

- b) Iniciar após autorização dos pais.
- c) Orientar PrEP apenas quando o uso de profilaxia pós-exposição exceder uma vez ao mês.
- d) Iniciar a PrEP.

**77.** Menino, 8m, tem seguimento irregular nas consultas de rotina na Unidade Básica de Saúde. Segue introdução alimentar e mantém aleitamento materno. Mãe não sabe informar sobre triagem neonatal, a qual não consta em prontuário. Desenvolvimento neuropsicomotor é adequado. Faz uso de ferro e vitamina D. Exame físico: Ativo, sem visceromegalias. Apresenta bom ganho ponderoestatural. Você solicita hemograma e, após uma semana, criança retorna para o resultado: Hb=9,0g/dL, Ht=28%, VCM=60fl, HCM=25pg. Demais séries hematológicas normais. **A CONDUTA É:**

- a) Solicitar coombs direto, reticulócitos, desidrogenase láctica. Administrar ácido fólico.
- b) Sem exames. Aumentar dose de ferro. Coleta de hemograma com 12 meses.
- c) Solicitar desidrogenase láctica, reticulócitos, RDW. Administrar ferro e encaminhar para hematologia infantil.
- d) Solicitar ferritina, RDW, eletroforese de hemoglobina. Manter reposição de ferro.

**78. DENTRE AS SÍNDROMES OU CONDIÇÕES ABAIXO, EM QUAIS PODEMOS ENCONTRAR COM MAIOR FREQUÊNCIA OS SEGUINTE ACHADOS, RESPECTIVAMENTE: BICITOPENIA, DIPLOPIA E AUMENTO VOLUME ABDOMINAL?**

- a) Beckwith Wiedeman; Trissomia 21; Prematuridade extrema/Fertilização in Vitro.
- b) Trissomia 21; Neurofibromatose; Leucocoria.
- c) Trissomia 21; Neurofibromatose; Prematuridade extrema/Recém-nascido muito baixo peso.
- d) Síndrome Li Fraumeni; Prematuridade extrema; Disgenesia gonadal.

**79.** Menino, 5a, previamente hígido, com febre (38,5-39°C) e tosse há cinco dias. Procurou atendimento por piora do quadro: febre mais frequente (4-5 episódios/dia), prostração, inapetência e dor torácica ventilatório-dependente. Foi diagnosticado com pneumonia lobar com derrame pleural, que foi prontamente drenado. A cultura do exsudato evidenciou cocos gram-positivos sensíveis à penicilina. Na admissão, apresentava-se em regular estado geral, com leucocitose (23.000/mm<sup>3</sup>; 92% segmentados) e PCR=173mg/dL. Após sete dias de ceftriaxona endovenoso, apresentou melhora clínica, redução da febre (um pico/dia), retomada do apetite e queda do PCR para 68mg/dL. O dreno torácico foi retirado. Os exames de imagem de controle mostraram as imagens abaixo.



**QUAL DEVE SER A CONDUTA DIANTE DA COMPLICAÇÃO OBSERVADA?**

- a) Alta hospitalar com sulfametoxazol-trimetoprima por via oral.
- b) Ampliação do espectro antibiótico para cobertura de gram-negativos e anaeróbios.
- c) Modificar para amoxicilina via oral até normalização do PCR.
- d) Manter a terapêutica atual, até normalização do PCR.

**80. SEGUNDO A SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, A ORIENTAÇÃO EM RELAÇÃO AO USO DO NIRSEVIMABE É,**

- a) Está indicado para todas as crianças menores de um ano, nascidos durante ou entrando em sua primeira temporada de circulação do vírus, em dose única.
- b) Está contraindicado para crianças com imunossupressão.
- c) Está contraindicado para crianças maiores que 18 meses.
- d) Para todas as crianças menores de um ano, nascidos durante ou entrando em sua primeira temporada de circulação do vírus, em duas doses.