

NEUROLOGIA PEDIÁTRICA

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 ABREVIACÕES

ACTH	Hormônio adrenocorticotrófico
ADH	Hormônio antidiurético
AVC	Acidente vascular cerebral
DHR	Di-hiodorrodanina
EEG	Eletroencefalograma
FAN	Fator antinuclear
FiO ₂	Fração inspirada de oxigênio
KREK	<i>kappa-deleting recombination circles</i>
PaCO ₂	Pressão parcial de dióxido de carbono
PCR	Proteína C reativa
RNI	Razão normalizada internacional
SpO ₂	Saturação de oxigênio
TDAH	Transtorno do déficit de atenção com hiperatividade
VHS	Velocidade de hemossedimentação

VALOR DE REFERÊNCIA DOS EXAMES LABORATORIAIS

EXAME		VALOR DE REFERÊNCIA
Bilirrubina direta		Até 0,3mg/dL
Bilirrubina indireta		0,8-0,2mg/dL
Bilirrubina total		0,3-1,2mg/dL
Creatinina	Recém-nascido	0,5-1,2mg/dL
	1 mês - 1 ano	0,41-0,64mg/dL
	1 - 3 anos	0,42-0,6mg/dL
Gasometria venosa	pH	7,32 a 7,42
	pCO ₂	38 a 50mmHg
	pO ₂	30 a 5mmHg
	Bicarbonato	23 a 27mmol/L
	BE	-3 a +3mmol/L
Glicemia jejum		60 a 99mg/ml
Hemograma	Hemoglobina	<2a: 11,5-15,5g/dL
	Hematócrito	<2a: 31 a 39%; >2 a: 34-45%
	VCM	80-99fL
	HCM	32-37pg
	Leucócitos	5.000 a 14.000/mm ³
	Plaquetas	<2a: 200.000-500.000/mm ³ ; >2a: 140.000-400.000/mm ³
Lactato sérico		4,5 a 14mg/dL
Potássio sérico	Até 7 dias	3,2 a 5,7 mEq/L
	8 dias a 30 dias	3,4 a 6,2 mEq/L
	1 mês a 6 meses	3,5 a 5,8 mEq/L
	6 meses a 1 ano	3,5 a 6,3 mEq/L
	> 1 ano	3,5 a 5,5mEq/L
RNI		0,8 a 1,2
Sódio sérico		136 a 145mEq/L

1. EM RELAÇÃO AO DIAGNÓSTICO DOS TRANSTORNOS ESPECÍFICOS DA APRENDIZAGEM E O FUNCIONAMENTO INTELECTUAL, ASSINALE A ALTERNATIVA CORRETA:

- a. Exige quociente de inteligência menor que 70.
- b. Exige quociente de inteligência normal.
- c. Independe de avaliação intelectual.
- d. Depende exclusivamente de fatores pedagógicos.

2. QUAL SEQUÊNCIA É MAIS APROPRIADA PARA INVESTIGAR SONOLÊNCIA EXCESSIVA DIURNA OU NARCOLEPSIA?

- a. Teste de latências múltiplas do sono isolado.
- b. Polissonografia basal seguida de teste de latências múltiplas do sono no dia seguinte.
- c. Escala de Sonolência de Epworth seguida de actigrafia.
- d. Polissonografia domiciliar sem teste de latências múltiplas do sono.

3. Lactente de 5 meses, masculino, apresenta quadro de espasmos epilépticos em salvas de início recente. Seu eletroencefalograma mostra presença de atividade epileptiforme multifocal. Tem histórico de rabdomioma cardíaco sem repercussão clínica e exame de ressonância magnética de crânio mostra múltiplos hamartomas corticais. QUAL A MEDICAÇÃO DE PRIMEIRA LINHA PARA O TRATAMENTO DE SUAS CRISES?

- a. Levetiracetam.
- b. Fenobarbital.
- c. ACTH ou prednisolona.
- d. Vigabatrina.

4. Adolescente de 16 anos sofreu trauma craniano ao colidir com outro jogador durante uma partida de futebol. Ficou inconsciente por alguns segundos, mas recuperou-se logo depois e continuou conversando normalmente. Cerca de uma hora mais tarde, passou a apresentar confusão mental, sonolência progressiva e vômitos. QUAL A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA MAIS PROVÁVEL?

- a. Ruptura de aneurisma da artéria comunicante anterior.
- b. Hematoma extradural por lesão da artéria meníngea média.
- c. Crise epiléptica pós-traumática.
- d. Lesão axonal difusa.

5. Menino de 7 anos, previamente saudável, apresentou dois episódios de crises epiléticas breves nas últimas semanas. Durante as crises, havia contrações rítmicas em um lado da face, salivação abundante e dificuldade para articular palavras, ocorrendo ao final da madrugada. **EM**

RELAÇÃO A ESSA FORMA DE EPILEPSIA, ASSINALE A ALTERNATIVA CORRETA:

- a. A ressonância magnética geralmente mostra alterações estruturais temporais mesiais.
- b. O EEG mostra descargas contínuas de ponta-onda durante sono de ondas lentas.
- c. A maioria das crianças apresenta pequeno número de crises e bom prognóstico.
- d. É necessário manter tratamento com farmacoanticrise até pelo menos a terceira década de vida.

6. Menino de 9 anos com diagnóstico de TDAH, apresenta piora no rendimento escolar, episódios frequentes de olhar fixo e lentificação da escrita. A mãe relata que ele tem dificuldade em seguir instruções verbais e parece mais distraído. A ressonância magnética mostra áreas simétricas hiperintensas em T2 nas regiões parieto-occipitais. **QUAL EXAME COMPLEMENTAR**

TEM MAIOR PROBABILIDADE DE REVELAR ALTERAÇÕES?

- a. Dosagem de aminoácidos plasmáticos.
- b. Avaliação enzimática da arilsulfatase A em leucócitos.
- c. Dosagem de ácido láctico e pirúvico no líquido.
- d. Análise de ácidos graxos de cadeia muito longa no plasma.

7. Paciente apresenta perda da sensibilidade dolorosa e térmica no lado direito do corpo a partir do nível umbilical, associada a fraqueza e perda da propriocepção no membro inferior esquerdo.

QUAL SÍNDROME MEDULAR EXPLICA MELHOR ESSE PADRÃO?

- a. Síndrome de Brown-Séquard.
- b. Infarto por oclusão da artéria espinhal anterior.
- c. Siringomielia torácica.
- d. Síndrome da cauda equina.

8. Menina de 3 anos apresenta crises epiléticas frequentes, hemiparesia direita e lesão vascular com calcificações em "trilho de trem" no hemisfério esquerdo observada na tomografia de crânio. **QUAL O DIAGNÓSTICO MAIS PROVÁVEL?**

- a. Neurofibromatose tipo II.
- b. Síndrome de Sturge-Weber.
- c. Esclerose tuberosa.

d. Síndrome de Aicardi-Goutières.

9. Recém-nascido apresenta crises tônico-clônicas desde o primeiro dia de vida, refratárias a múltiplas medicações. Exame físico mostra microcefalia e ausência de movimentos espontâneos. Ressonância magnética revela ausência quase completa dos hemisférios cerebrais, com preservação do tronco cerebral e cerebello. **QUAL O DIAGNÓSTICO MAIS PROVÁVEL?**

- a. Lisencefalia.
- b. Holoprosencefalia.
- c. Hidranencefalia.
- d. Esquizencefalia.

10. Lactente de 3 meses, sem antecedentes perinatais relevantes, é avaliado por hipotonia axial, fraqueza muscular proximal e arreflexia. A mãe relata que ele não consegue sustentar a cabeça e raramente move os membros inferiores. **QUAL O PRÓXIMO EXAME DEVE SER REALIZADO PARA A INVESTIGAÇÃO DIAGNÓSTICA?**

- a. Dosagem de creatinofosfoquinase (CPK).
- b. Estudo de condução nervosa.
- c. Dosagem de lactato no LCR.
- d. Teste genético para deleção do gene SMN1.

11. Menino de 11 anos apresenta crises epiléticas focais com aura olfatória, automatismos orais e confusão pós-ictal. Fez uso prévio de lamotrigina em doses terapêuticas e atualmente segue em uso de levetiracetam e ácido valproico em doses plenas, mantendo crises mensais. Exame de ressonância magnética de crânio mostra atrofia do hipocampo esquerdo. **QUAL A CONDUTA MAIS ADEQUADA NESTE MOMENTO?**

- a. Trocar ácido valproico por carbamazepina por, pois a falha terapêutica decorre do uso de fármacos não adequados ao tipo de crise.
- b. Iniciar dieta cetogênica, considerada tratamento de primeira linha para epilepsias focais refratárias na adolescência.
- c. Manter tratamento atual por pelo menos 12 meses, já que a definição de refratariedade exige tempo mínimo de dois anos de tratamento.
- d. Encaminhar para avaliação cirúrgica em centro de epilepsia, pois há refratariedade a dois fármacos adequados em monoterapia.

12. Adolescente de 15 anos, masculino, apresenta episódios recorrentes de dor intensa orbitária unilateral, acompanhada de lacrimejamento, congestão nasal e agitação psicomotora. Os episódios duram cerca de 30 minutos, ocorrem à noite e se repetem em série ao longo de semanas. **DE ACORDO COM O DIAGNÓSTICO MAIS PROVÁVEL, ASSINALE A ALTERNATIVA CORRETA:**

- a. Esta cefaleia, apesar de mais comum em adultos, pode ocorrer na adolescência e deve sempre motivar investigação por neuroimagem para exclusão de causas estruturais secundárias.
- b. O tratamento agudo desta cefaleia inclui analgésicos comuns e repouso em ambiente silencioso, sendo a prevenção raramente necessária devido à resolução espontânea dos episódios.
- c. Esta cefaleia apresenta curso crônico progressivo na maioria dos casos, frequentemente exigindo profilaxia contínua por vários anos.
- d. Esta cefaleia é frequentemente desencadeada por infecções virais, respondendo bem ao uso de corticosteroides orais em curto prazo.

13. Adolescente de 17 anos refere ptose palpebral bilateral ao final do dia, dificuldade para mastigar e deglutir sólidos, além de fala anasalada intermitente. O exame mostra fadigabilidade evidente ao manter o olhar fixo para cima. **QUAL A CONDUTA DIAGNÓSTICA INICIAL MAIS APROPRIADA?**

- a. Ressonância magnética de crânio com contraste.
- b. Teste do gelo e pesquisa de anticorpos anti-AchR.
- c. Dosagem de creatinaquinase e biópsia muscular.
- d. Estudo de potenciais evocados motores.

14. Criança de 6 anos, previamente saudável, é levada ao pronto-socorro após apresentar início súbito de fraqueza no hemicorpo direito e dificuldade para falar. A tomografia de crânio é sugestiva de infarto isquêmico em território da artéria cerebral média esquerda. **ASSINALE A ALTERNATIVA CORRETA SOBRE O ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC) ISQUÊMICO NA INFÂNCIA:**

- a. A maioria dos casos em crianças decorre de aterosclerose precoce associada à dislipidemia familiar.
- b. O diagnóstico de AVC isquêmico pode ser excluído se a criança não apresentar alteração de consciência no momento da avaliação.

- c. A arteriopatia cerebral, incluindo dissecção e vasculites, é uma das principais causas de AVC isquêmico em crianças.
- d. O tratamento anticoagulante está contraindicado em todos os casos de AVC isquêmico pediátrico devido ao risco de hemorragia.

15. Menina de 2 anos, com desenvolvimento normal até os 6 meses de idade, passa a apresentar desaceleração do perímetro cefálico, perda progressiva do uso intencional das mãos, surgimento de movimentos estereotipados de torcer as mãos, regressão da linguagem e crises epiléticas. O exame mostra hipotonia axial, apraxia e irritabilidade. **ESTE QUADRO CLÍNICO ESTÁ TÍPICAMENTE ASSOCIADO A QUAL DOS GENES ABAIXO?**

- a. *CDKL5*.
- b. *FOXG1*.
- c. *SCN1A*.
- d. *MECP2*.

16. Adolescente de 14 anos com epilepsia generalizada idiopática apresenta controle parcial das crises com o uso de ácido valproico. Ao iniciar lamotrigina adjuvante, apresenta exantema pruriginoso e diagnóstico de farmacodermia. **O RISCO AUMENTADO DE FARMACODERMIA NA ASSOCIAÇÃO DE LAMOTRIGINA E VALPROATO DEVE-SE A QUAL MECANISMO?**

- a. Inibição da eliminação renal da lamotrigina pelo valproato.
- b. Potencialização da indução hepática pela lamotrigina.
- c. Inibição da glucuronidação hepática da lamotrigina pelo valproato.
- d. Indução de isoenzimas do citocromo p450 pelo valproato.

17. Adolescente de 14 anos com epilepsia focal, em uso de oxcarbazepina, apresenta sonolência, confusão e náuseas. Sódio sérico de 128 mEq/L. **QUAL É O MECANISMO MAIS PROVÁVEL DO EFEITO ADVERSO OBSERVADO?**

- a. Estímulo à secreção de aldosterona.
- b. Inibição da liberação de vasopressina.
- c. Estímulo à secreção inapropriada de ADH.
- d. Antagonismo dos canais de potássio.

18. Um paciente apresenta perda da sensibilidade vibratória e proprioceptiva no hemicorpo direito, além de paresia espástica do mesmo lado, sem envolvimento de dor e temperatura.

QUAL A LOCALIZAÇÃO MAIS PROVÁVEL DA LESÃO?

- a. Hemicórtex esquerdo (área motora primária).
- b. Tálamo esquerdo.
- c. Bulbo direito, acima da decussação sensitiva.
- d. Hemimedula espinhal à direita.

19. **O CORPO GENICULADO LATERAL ESTÁ DIRETAMENTE ENVOLVIDO COM:**

- a. Processamento da audição.
- b. Integração da dor crônica.
- c. Controle motor fino.
- d. Processamento visual.

20. **UM PACIENTE COM HEMIANOPSIA HOMÔNIMA DIREITA PROVAVELMENTE APRESENTA UMA LESÃO EM QUAL DAS ESTRUTURAS ABAIXO?**

- a. Quiasma óptico.
- b. Trato óptico esquerdo.
- c. Córtex visual primário direito.
- d. Radiação óptica temporal esquerda.

21. Paciente de 16 anos, sexo feminino, com diagnóstico confirmado de esclerose múltipla, relata episódio agudo de visão dupla há dois dias. Refere que, ao tentar olhar para a esquerda, o olho esquerdo realiza o movimento normalmente, mas o olho direito não aduz. Nistagmo é observado no olho esquerdo. O reflexo de convergência está preservado. **QUAL É A LOCALIZAÇÃO DA LESÃO MAIS PROVÁVEL?**

- a. Nervo oculomotor direito.
- b. Núcleo do nervo abducente esquerdo.
- c. Fascículo longitudinal medial direito.
- d. Colículo superior esquerdo.

22. Adolescente de 17 anos apresenta queixa de visão turva, dificuldade para olhar para cima e cefaleia progressiva há cerca de duas semanas. Ao exame, observa-se paralisia do olhar vertical para cima, retração palpebral bilateral e pupilas pouco reativas à luz mas que contraem durante a

convergência. **QUAL É A LOCALIZAÇÃO ANATÔMICA MAIS PROVÁVEL DA LESÃO RESPONSÁVEL PELO QUADRO?**

- a. Ponte lateral, envolvendo o fascículo longitudinal medial.
- b. Mesencéfalo dorsal, na região do colículo superior.
- c. Tálamo posterior dorsal, na região próxima ao núcleo pré-tectal.
- d. Mesencéfalo ventral, na região do pedúnculo cerebral.

23. Menino de 7 anos é encaminhado para avaliação neurológica devido a dificuldades escolares. Ao exame físico, apresenta mais de 6 manchas café-com-leite maiores que 0,5 cm, efélides axilares e múltiplos nódulos em pele. Não há alterações motoras ou visuais. Exame oftalmológico revela nódulos pigmentados na íris. A ressonância magnética de crânio evidencia lesão expansiva intrínseca no quiasma óptico, sem efeito de massa. Não há história familiar conhecida.

COM BASE NESSE QUADRO CLÍNICO, ASSINALE A ALTERNATIVA CORRETA:

- a. O diagnóstico de Neurofibromatose tipo 1 não pode ser concluído na ausência de história familiar, sendo necessário teste genético confirmatório.
- b. A presença de glioma óptico na Neurofibromatose tipo 1 é indicação de cirurgia neuro-oncológica precoce pelo risco de evolução com hidrocefalia.
- c. Os neurofibromas plexiformes podem estar presentes desde o nascimento e têm risco de transformação maligna.
- d. Pacientes com Neurofibromatose tipo 1 apresentam risco aumentado de desenvolver astrocitoma subependimário de células gigantes, sendo indicada triagem com neuroimagem anual.

24. Menino apresenta epilepsia focal, hemiparesia e angioma plano facial em território do ramo oftálmico do nervo trigêmeo. **QUAL ACHADO DE IMAGEM É MAIS CARACTERÍSTICO DA SÍNDROME ASSOCIADA A ESSE QUADRO?**

- a. Calcificações em vela de barco nos ventrículos laterais.
- b. Leptomeninge angiomatosa com calcificações corticais.
- c. Schwannomas bilaterais em poro acústico.
- d. Neurofibromas plexiformes na região cervical.

25. **SOBRE AS MANIFESTAÇÕES OFTALMOLÓGICAS DAS SÍNDROMES NEUROECUTÂNEAS, ASSINALE A ALTERNATIVA CORRETA:**

- a. Nódulos de Lisch são típicos da Neurofibromatose tipo 2 e aparecem na íris antes da adolescência.
- b. Glaucoma é uma complicação ocular frequente da esclerose tuberosa.
- c. O astrocitoma subependimário de células gigantes frequentemente leva à compressão do nervo óptico e atrofia visual na Neurofibromatose tipo 1.
- d. Retinopatia é frequente na incontinentia pigmenti e pode causar cegueira.

26. QUAL DAS ALTERNATIVAS ABAIXO INCLUI MEDICAMENTO DE PRIMEIRA LINHA PARA O TRATAMENTO DO TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE EM CRIANÇAS DE 6 A 12 ANOS ?

- a. Atomoxetina.
- b. Bupropiona.
- c. Lisdexanfetamina.
- d. Clonidina.

27. SOBRE O PERFIL DE AÇÃO DA ATOMOXETINA NO TRATAMENTO DO TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE, É CORRETO AFIRMAR QUE:

- a. Apresenta início de ação mais rápido que os estimulantes.
- b. Tem maior risco de insônia e de efeito rebote que os estimulantes.
- c. É um inibidor da recaptação de noradrenalina.
- d. É contraindicado em crianças com ansiedade.

28. EM RELAÇÃO AO TRANSTORNO DA COMUNICAÇÃO SOCIAL (PRAGMÁTICA), ASSINALE A ALTERNATIVA CORRETA:

- a. Pode haver dificuldades sociais, porém sem prejuízos na linguagem formal.
- b. Há prejuízo na linguagem, sem comportamentos restritos.
- c. Os déficits estão restritos à fonologia e morfossintaxe.
- d. O diagnóstico requer atraso global do desenvolvimento.

29. QUAL ALTERNATIVA DESCREVE CORRETAMENTE O TRANSTORNO DO DESENVOLVIMENTO DA LINGUAGEM?

- a. Prejuízo na aquisição de vocabulário e sintaxe, sem impacto funcional na comunicação social.
- b. Prejuízo na estrutura da linguagem, com a pragmática secundariamente afetada.
- c. Presença obrigatória de padrões restritos e repetitivos de comportamento.

d. Ausência de prejuízos na comunicação.

30. Lactente, 14 meses, previamente saudável e com neurodesenvolvimento normal, apresenta história de crises febris prolongadas aos 6 meses, evoluindo com crises focais hemiclônicas a partir dos 9 meses. Atualmente, as crises ocorrem cerca de uma a duas vezes por mês, com episódios prolongados relacionados a quadros infecciosos. A criança está em uso de monoterapia com carbamazepina. **QUAL A CONDUTA TERAPÊUTICA MAIS ADEQUADA ENTRE AS OPÇÕES ABAIXO?**

- a. Manter carbamazepina e associar clobazam.
- b. Suspende carbamazepina e iniciar valproato.
- c. Suspende carbamazepina e iniciar lamotrigina.
- d. Manter carbamazepina e associar levetiracetam.

31. **EM RELAÇÃO ÀS DISTONIAS NA FAIXA ETÁRIA PEDIÁTRICA, ASSINALE A ALTERNATIVA CORRETA:**

- a. Distonias relacionadas ao gene GCH1 podem apresentar resposta a baixas doses de levodopa.
- b. O uso de benzodiazepínicos é contraindicado devido ao risco de exacerbar sintomas motores.
- c. O biperideno é considerado tratamento de primeira linha para distonia paroxística cinesio gênica.
- d. A estimulação cerebral profunda do globo pálido é contraindicada em casos de distonia generalizada refratária.

32. **SOBRE O TRATAMENTO DE TIQUES NA INFÂNCIA, ASSINALE A CORRETA:**

- a. Estimulantes são proibidos em crianças com tiques.
- b. Nos casos leves, antipsicóticos iniciados precocemente melhoram o prognóstico a longo prazo.
- c. Terapia comportamental é considerada tratamento de primeira linha.
- d. Benzodiazepínicos são a primeira linha de tratamento medicamentoso.

33. **EM RELAÇÃO ÀS ATAXIAS CRÔNICAS/PROGRESSIVAS NA INFÂNCIA, ASSINALE A ALTERNATIVA CORRETA:**

- a. A ataxia-telangiectasia cursa com imunodeficiência e níveis elevados de alfa-fetoproteína.
- b. A ataxia de Friedreich cursa com arreflexia, cardiomiopatia e início típico no adulto jovem.

- c. A ataxia com apraxia oculomotora cursa com níveis elevados de alfafetoproteína e colesterol total tipicamente reduzido.
- d. Tumores de fossa posterior tipicamente causam ataxia episódica desencadeada por esforço físico.

34. Adolescente com tremor de intenção, disartria, ataxia progressiva, distonia leve e anel de Kayser-Fleischer. **QUAL A PROPEDÊUTICA INICIAL INDICADA?**

- a. Dosagem de ceruloplasmina sérica e cobre urinário 24h.
- b. Dosagem de alfa-fetoproteína e imunoglobulinas.
- c. Dosagem de lactato e piruvato.
- d. Pesquisa de anticorpos anti-NMDA.

35. Menino de 10 anos apresenta episódios recorrentes de urina escura após exercícios muito prolongados ou períodos de jejum, geralmente acompanhados de dor muscular difusa e elevação de creatinoquinase. Entre as crises, o exame neurológico e a força muscular são normais. **QUAL DAS HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS ABAIXO É A MAIS PROVÁVEL?**

- a. Deficiência de carnitina-palmitoiltransferase tipo II (CPT-II).
- b. Doença de McArdle (deficiência de miofosforilase).
- c. Paralisia periódica hipocalêmica.
- d. Miopatia mitocondrial.

36. **EM RELAÇÃO À NEUROPATIA HEREDITÁRIA SENSITIVO-MOTORA TIPO 1 (DOENÇA DE CHARCOT-MARIE-TOOTH TIPO 1), QUAL ACHADO É TÍPICO?**

- a. Condução nervosa motora muito lenta.
- b. Creatinoquinase muito elevada e pseudohipertrofia de panturrilhas.
- c. Bloqueio de condução desproporcional em nervos múltiplos.
- d. Fibras musculares tipo II seletivamente atroficas.

37. Recém-nascido de 3 dias apresenta crises mioclônicas multifocais, letargia, sucção fraca e hipotermia. Exames mostram acidose metabólica com hiato aniônico elevado, hiperamonemia e hipoglicemia. **QUAL É A HIPÓTESE MAIS PROVÁVEL?**

- a. Distúrbios do ciclo da ureia.
- b. Acidemia metilmalônica.
- c. Galactosemia clássica.

d. Deficiência de piruvato desidrogenase.

38. SOBRE A HEMORRAGIA INTRAVENTRICULAR NO RECÉM-NASCIDO PREMATURO EXTREMO, ASSINALE A ALTERNATIVA CORRETA:

- a. É mais comum após a primeira semana de vida.
- b. Resulta principalmente de ruptura de artérias da substância branca.
- c. Ocorre por fragilidade dos capilares da matriz germinativa.
- d. Costuma ocorrer principalmente durante o trabalho de parto.

39. EM RELAÇÃO À CRONOLOGIA DE SURGIMENTO DAS REAÇÕES POSTURAIS NO LACTENTE, ASSINALE A ALTERNATIVA CORRETA:

- a. As reações de proteção anterior aparecem por volta dos 3 meses, antes do controle cervical completo.
- b. As reações de retificação surgem após as reações de proteção e se completam apenas após os 2 anos.
- c. As reações de proteção lateral do tronco surgem por volta dos 6–7 meses, após o lactente conseguir sentar com apoio.
- d. As reações de equilíbrio surgem antes das reações de retificação.

40. Lactente do sexo feminino apresenta extensas áreas hipopigmentadas em padrão linear e em espirais, distribuídas ao longo das linhas de Blaschko no tronco e membros. Apresenta atraso no desenvolvimento neuropsicomotor e hipotonia axial. **QUAL DAS CONDIÇÕES ABAIXO É A MAIS COMPATÍVEL COM ESSE QUADRO?**

- a. Complexo da esclerose tuberosa.
- b. Neurofibromatose tipo 1.
- c. Síndrome de Sturge-Weber.
- d. Hipomelanose de Ito.

41. 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. Aprimora o pensamento abstrato, permitindo reflexões mais complexas.
- d. Persiste na própria visão, com capacidade reduzida para outras perspectivas.

42. 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.

43. 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.

CASO CLÍNICO DAS QUESTÕES 44 e 45:

Menino, 5a, está internado com diagnóstico de pioartite. Apresenta-se taquicárdico, taquipneico (com suporte de oxigênio e uma relação SpO₂:FIO₂<292), pressão arterial média adequada para idade, tempo de enchimento capilar=4segundos, escala de coma de Glasgow=12. Exames:

leucócitos=17.000/mm³ (mais de 20% de formas jovens); plaquetas=80.000/mm³; RNI=1,8; Lactato sérico=6,0mmol/L; Bicarbonato sérico=12mEq/L.

44. 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 SpO₂:FIO₂; contagem de plaqueta; RNI; lactato.
- b. Relação SpO₂:FIO₂; tempo de enchimento capilar; RNI; bicarbonato sérico.
- c. Relação SpO₂:FIO₂; contagem de plaquetas; RNI; bicarbonato sérico.
- d. Relação SpO₂:FIO₂; tempo de enchimento capilar; RNI; lactato.

45. 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 SpO₂:FIO₂.
- b. Tempo de enchimento capilar.
- c. Lactato.
- d. Bicarbonato sérico.

46. 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.

47. 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.

48. 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).

49. 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.

50. 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-OHP em sete dias, pois o uso materno de corticoide pode mascarar a dosagem inicial.

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

51. 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.

52. 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.

53. 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/mm³. 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.

54. 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).

55. 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?**

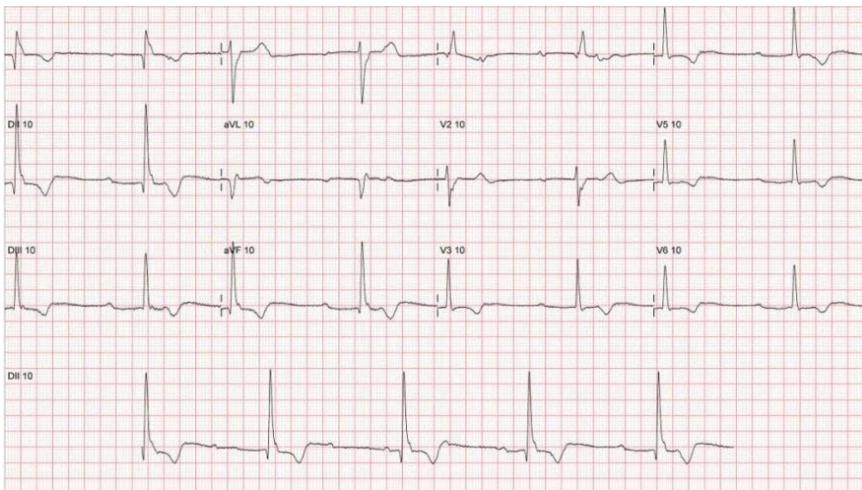
- a. Pedir ureia e creatinina e encaminhar ao nefrologista pediátrico.
- b. Fazer as orientações gerais de puericultura e aguardar a conduta do cardiologista e a evolução do edema de extremidades.
- c. Solicitar avaliação urgente do cardiologista para afastar insuficiência cardíaca.
- d. Encaminhar ao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

56. Adolescente, 14a, sabidamente portador de Diabetes Mellitus tipo 1, é usuário de insulino terapia, 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.

57. 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.

58. 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. 17 OH progesterona.
- b. Fenilalanina.
- c. Biotinidase.
- d. Hormônio Tireoestimulante.

59. 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.

60. 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 percentil 95 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. Sopros ejetivos rudes em crescendo-decrescendo no foco pulmonar.

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

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

62. 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.

63. 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.

64. 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, enchimento capilar=2segundos, 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.

65. 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.

66. 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 20mL/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.

67. 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.

68. 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.

69. Menino, 4a, foi levado ao Pronto Socorro após ingestão accidental 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.

70. 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 IV seguida de um flush de soro fisiológico.
- c. Cardioversão sincronizada iniciando com 2J/kg.
- d. Desfibrilação elétrica na dose de 2J/kg.

71. 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 _{25-75%} (L/s)	3,10	2,29	1,20	39	1,62	52	35
FEF _{25-75%} /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.

72. 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.

73. 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.

74. 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-puberes. 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.

75. 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.

76. 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.

77. 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.

78. 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. Fazer teste terapêutico com famotidina e/ou sucralfato.
- c. Introduzir inibidor de bomba de prótons.
- d. Dieta de exclusão materna de leite por duas a quatro semanas, com posterior reintrodução.

79. 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 $15.000/\text{mm}^3$. **A CONDUTA É:**

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

80. 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.

