INSCRIÇÃO	ESCOLA	SALA	LUGAR NA SALA

NOME

ASSINATURA DO CANDIDATO

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 ABREVIAÇÕES

ACTH	Hormônio adrenocorticotrófico
ADH	Hormônio antidiurético
AVC	Acidente vascular cerebral
DHR	Di-hiodorrodanina
EEG	Eletroencefalograma
FAN	Fator antinuclear
FiO2	Fração inspirada de oxigênio
KREK	*kappa-deleting recombination circles*
$PaCO_2$	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 hoperatividade
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
	1mês - 1ano	0,41-0,64mg/dL
	1 - 3anos	0,42-0,6mg/dL
Gasometria venosa	pH	7,32 a 7,42
	pCo2	38 a 50mmHg
	pO2	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
	1mês a 6 meses	3,5 a 5,8 mEq/L
	6meses a 1ano	3,5 a 6,3 mEq/L
	> 1ano	3,5 a 5,5mEq/L
RNI		0,8 a 1,2
Sódio sérico		136 a 145mEq/L

RASCUNHO

1) Menina, 9m, apresenta terceira crise hemiclônica prolongada associada a febre. A primeira ocorreu aos 5 meses após a vacinação. O desenvolvimento era normal antes do início das crises. EEG interictal e ressonância magnética cerebral são normais**. O ACHADO ADICIONAL QUE AUMENTA A SUSPEITA DE SÍNDROME DE DRAVET NESTE MOMENTO É:**

a. Espasmos em clusters ao despertar
b. Crises hemiclônicas alternando o lado entre episódios
c. Descargas multifocais no EEG
d. Presença de atraso do neurodesenvolvimento

2) Menino, 8a, permanece em crise tônico-clônica após duas doses adequadas de benzodiazepínico. Acesso venoso está disponível. **ASSINALE A ALTERNATIVA CORRETA:**

a. Deve-se realizar pelo menos três doses de benzodiazepínico antes da segunda linha
b. Fenitoína é comprovadamente superior ao levetiracetam em crianças
c. Levetiracetam e fenitoína são opções aceitáveis de segunda linha
d. Medicação sedativa deve ser utilizada imediatamente

3) Criança com epilepsia previamente bem controlada apresenta, aos 6 anos, deterioração abrupta da linguagem, atenção e desempenho escolar. EEG de sono demonstra atividade epileptiforme muito abundante durante o sono NREM. **O ELEMENTO MAIS IMPORTANTE NA DECISÃO TERAPÊUTICA É:**

a. A frequência das crises clínicas
b. A relação temporal entre deterioração cognitiva e ativação epileptiforme no sono
c. Padrão de alteração da imagem de ressonância magnética
d. Concentração sérica do medicamento atual

4) Lactente, 3m, é internado por infecção respiratória. Apresenta hipotonia axial, fraqueza proximal, arreflexia e fasciculações de língua, com movimentos oculares preservados. **O EXAME QUE CONFIRMA DIRETAMENTE A PRINCIPAL HIPÓTESE DIAGNÓSTICA É:**

a. Biópsia muscular aberta do músculo quadríceps para avaliação histopatológica
b. Dosagem sérica da enzima creatinoquinase (CK) para investigação de doença muscular
c. Pesquisa molecular de deleção homozigótica do éxon 7 do gene *SMN1*
d. Sequenciamento de nova geração com análise do exoma para investigação de doenças neuromusculares

5) Menino com Distrofia Muscular de Duchenne tem uma irmã assintomática de 15 anos. A mãe pergunta se a filha precisa de avaliação**. A MELHOR RESPOSTA É:**

a. Mulheres não apresentam manifestações relacionadas à DMD
b. A dosagem de creatinoquinase (CK) é suficiente para excluir o estado de portadora
c. Deve-se esclarecer o status de portadora e, se positivo, considerar seguimento cardíaco
d. Apenas avaliação ortopédica é necessária

6) Menina, 13a, apresenta ptose flutuante, diplopia com piora ao final do dia e fadiga durante a mastigação. Ao exame neurológico, as pupilas são normais e os reflexos profundos estão preservados. **O CONJUNTO DE ACHADOS É MAIS COMPATÍVEL COM A PRINCIPAL HIPÓTESE DIAGNÓSTICA É:**

a. Anticorpos anti-receptor de acetilcolina positivos e resposta decremental à estimulação nervosa repetitiva na eletroneuromiografia (ENMG)
b. Creatinoquinase (CK) marcadamente elevada e padrão miopático à eletromiografia com agulha
c. Hiporreflexia, manifestações autonômicas e resposta incremental à estimulação nervosa repetitiva de alta frequência na ENMG
d. Hiporreflexia e redução da velocidade de condução nervosa com bloqueios de condução na ENMG

7) Menino, 6a, previamente saudável, apresenta há seis meses piora comportamental, perda progressiva do desempenho escolar e dificuldade para correr. Ao exame neurológico, apresenta sinais piramidais bilateralmente. A ressonância magnética do encéfalo demonstra alterações simétricas da substância branca parieto-occipital, com envolvimento do esplênio do corpo caloso. **A INVESTIGAÇÃO A SER PRIORIZADA É:**

a. Dosagem plasmática de ácidos graxos de cadeia muito longa
b. Pesquisa de anticorpos contra o receptor N-metil-D-aspartato
c. Dosagem sérica de ceruloplasmina e cobre e dosagem de cobre urinário de 24 horas
d. Punção lombar para pesquisa de bandas oligoclonais no líquido cefalorraquidiano

8) Menino, 10a, apresenta episódios recorrentes de movimentos involuntários, com posturas distônicas e movimentos coreiformes de um dos membros superiores, com duração de poucos segundos. Os episódios são consistentemente desencadeados por movimentos súbitos, como levantar-se rapidamente ou iniciar uma corrida. A consciência permanece preservada e o exame neurológico é normal entre os episódios. O pai apresentou manifestações semelhantes durante a adolescência. **O DIAGNÓSTICO MAIS PROVÁVEL É:**

a. Epilepsia focal com crises motoras
b. Discinesia paroxística cinesigênica
c. Distonia responsiva à levodopa
d. Transtorno de tique motor

9) Menino, 7a, duas semanas após uma infecção viral, desenvolve sonolência, ataxia e déficits neurológicos multifocais. A ressonância magnética do encéfalo demonstra múltiplas lesões hiperintensas em T2 e FLAIR, grandes, assimétricas e de limites pouco definidos, envolvendo substância branca subcortical e núcleos da base. **QUAL DOS SEGUINTES ACHADOS FAVORECE O DIAGNÓSTICO DE ENCEFALOMIELITE AGUDA DISSEMINADA EM RELAÇÃO A UM PRIMEIRO EVENTO DE ESCLEROSE MÚLTIPLA PEDIÁTRICA?**

a. Presença de bandas oligoclonais restritas ao líquido cefalorraquidiano
b. Encefalopatia associada a déficits neurológicos multifocais
c. Presença de múltiplas lesões periventriculares ovais, orientadas perpendicularmente aos ventrículos
d. Presença simultânea de lesões com e sem realce pelo gadolínio

10) Criança, 10a, apresenta perda visual bilateral aguda, associada a dor à movimentação ocular. Fundoscopia: edema acentuado dos discos ópticos. A ressonância magnética das órbitas evidencia neurite óptica bilateral com acometimento longitudinalmente extenso dos nervos ópticos**. O EXAME MAIS RELEVANTE PARA A INVESTIGAÇÃO ETIOLÓGICA ESPECÍFICA NESTE CONTEXTO É:**

a. Pesquisa sérica de anticorpos contra aquaporina-4 por ensaio baseado em células
b. Pesquisa sérica de anticorpos contra a glicoproteína da mielina do oligodendrócito por ensaio baseado em células
c. Pesquisa de bandas oligoclonais no líquido cefalorraquidiano
d. Pesquisa sérica de anticorpos antinucleares e de autoanticorpos associados às doenças reumatológicas sistêmicas

11) Criança, 7a, apresenta ptose palpebral esquerda. Ao exame, observa-se anisocoria mais evidente no escuro, com a pupila esquerda menor que a direita, além de discreta elevação aparente da pálpebra inferior esquerda. **A LOCALIZAÇÃO MAIS PROVÁVEL DA LESÃO É:**

a. Nervo oculomotor esquerdo
b. Via oculosimpática esquerda
c. Nervo oculomotor direito
d. Núcleo de Edinger-Westphal direito

12) Menino, 8a, apresenta início súbito de hemiparesia direita e afasia ao despertar. História de varicela três meses antes do evento. Ressonância magnética do encéfalo: infarto isquêmico agudo no território da artéria cerebral média esquerda. **O EXAME INDICADO PARA AVALIAÇÃO DE ETIOLOGIA VASCULAR É:**

a. Ultrassonografia com Doppler das artérias carótidas e vertebrais extracranianas
b. Angiografia por ressonância magnética das artérias intracranianas e cervicais
c. Ecocardiograma transtorácico com pesquisa de fonte cardioembólica
d. Ultrassonografia com Doppler transcraniano, avaliação do fluxo nas principais artérias intracranianas

13) Menino, 18m, previamente hígido, apresenta letargia e rebaixamento do nível de consciência após episódio de gastroenterite associado a redução importante da ingestão alimentar e jejum prolongado. Os exames laboratoriais demonstram hipoglicemia sem elevação de corpos cetônicos, hiperamonemia moderada e elevação das transaminases. Ao exame, apresenta discreta hepatomegalia. **O GRUPO DE DOENÇAS QUE DEVE SER PRIORITARIAMENTE INVESTIGADO É:**

a. Defeitos da oxidação mitocondrial de ácidos graxos
b. Defeitos do ciclo da ureia
c. Acidúrias orgânicas
d. Doenças do armazenamento do glicogênio

14) Menino, 6a, apresenta oito manchas café-com-leite maiores que 5mm e efélides axilares. O pai apresenta múltiplos neurofibromas. A criança não tem sintomas visuais. **O ACOMPANHAMENTO PARTICULARMENTE IMPORTANTE DURANTE A INFÂNCIA É:**

a. Ressonância magnética cerebral anual em todas as crianças assintomáticas
b. Avaliação oftalmológica periódica para detecção de glioma da via óptica
c. Dosagem anual de alfa-fetoproteína para rastreamento tumoral
d. Eletroencefalograma anual independentemente da presença de crises

15) Criança, 4a, apresenta cefaleia matinal, vômitos e instabilidade progressiva da marcha há três semanas. Ao exame, apresenta ataxia axial e papiledema. A ressonância magnética demonstra massa na linha média do cerebelo, associada a hidrocefalia obstrutiva. **CONSIDERANDO A IDADE E A LOCALIZAÇÃO DA LESÃO, O DIAGNÓSTICO MAIS PROVÁVEL É:**

a. Meduloblastoma
b. Astrocitoma pilocítico
c. Ependimoma
d. Tumor teratoide/rabdoide atípico

16) Menina, 9a, apresenta baixa estatura, intolerância ao exercício, crises epilépticas e episódios recorrentes semelhantes a acidentes vasculares cerebrais que não respeitam territórios arteriais. Lactato sérico encontra-se elevado. **O GRUPO DE DOENÇAS A SER PRIORITARIAMENTE CONSIDERADO É:**

a. Doenças mitocondriais
b. Doenças autoimunes sistêmicas
c. Lisossomopatia
d. Defeitos isolados do ciclo da ureia

17) Adolescente, 13a, apresenta fraqueza progressiva das mãos e episódios recorrentes de queimaduras nos membros superiores que não percebe imediatamente. Ao exame, apresenta redução bilateral das sensibilidades dolorosa e térmica nos membros superiores e na região superior do tronco, com preservação relativa da sensibilidade vibratória e proprioceptiva. **A ALTERAÇÃO ANATÔMICA QUE MELHOR EXPLICA ESSE PADRÃO SENSITIVO É:**

a. Comprometimento das fibras que cruzam na comissura branca anterior da medula
b. Comprometimento bilateral dos fascículos grácil e cuneiforme
c. Lesão predominante dos tratos espinocerebelares posteriores
d. Comprometimento bilateral dos cordões posteriores e tratos corticoespinais

18) Menino, 18m, apresenta crise tônico-clônica generalizada com duração de quatro minutos durante quadro febril. Após a crise, retorna rapidamente ao estado neurológico habitual. Não há história de crises prévias, o desenvolvimento é normal e o exame neurológico não apresenta alterações. **A CONDUTA MAIS APROPRIADA É:**

a. Orientar uso precoce e regular de antipiréticos durante os episódios febris, com o objetivo de reduzir o risco de recorrência das crises
b. Manter cuidados habituais da febre, incluindo antipiréticos nas mesmas indicações utilizadas para crianças sem histórico de crises febris
c. Recomendar antipiréticos durante os episódios febris e prescrever tratamento intermitente com benzodiazepínico para prevenção de novas crises
d. Manter os cuidados habituais da febre e solicitar eletroencefalograma para estratificar o risco de recorrência e de epilepsia

19) Menina, 14a, refere redução da audição à esquerda. O teste de Weber lateraliza para a esquerda. O teste de Rinne é negativo à esquerda e positivo à direita. **A INTERPRETAÇÃO CORRETA É:**

a. Perda auditiva condutiva à esquerda
b. Perda auditiva neurossensorial à esquerda
c. Perda auditiva condutiva à direita
d. Perda auditiva neurossensorial à direita

20) Adolescente,12a, com obesidade, apresenta cefaleia diária há quatro semanas, episódios transitórios de obscurecimento visual e diplopia. Ao exame, observa-se papiledema bilateral e paresia do sexto nervo craniano à direita. Ressonância magnética do encéfalo e venografia por ressonância magnética não demonstram lesão expansiva, hidrocefalia ou trombose venosa cerebral. A punção lombar, realizada em decúbito lateral, demonstra pressão de abertura=32cmH_2O, leucócitos=2/mm³, proteína= 26mg/dL e glicose=64 mg/dL. Glicemia=96mg/dL.

CONSIDERANDO A PRINCIPAL HIPÓTESE DIAGNÓSTICA, A CONDUTA FARMACOLÓGICA INICIAL MAIS APROPRIADA É:

a. Iniciar acetazolamida, associada a medidas para redução ponderal
b. Iniciar topiramato como tratamento preferencial devido à presença de cefaleia e obesidade
c. Iniciar corticosteroide sistêmico para reduzir rapidamente a pressão intracraniana e preservar a função visual
d. Iniciar furosemida como tratamento de primeira linha para reduzir a produção de líquido cefalorraquidiano

21) EM RELAÇÃO À PANENCEFALITE ESCLEROSANTE SUBAGUDA, ASSINALE A ALTERNATIVA CORRETA:

a. O líquido cefalorraquidiano pode apresentar aumento de imunoglobulina G, associado à síntese intratecal de anticorpos específicos
b. As alterações neurológicas surgem geralmente durante o primeiro ano após a infecção primária pelo vírus
c. O comprometimento cognitivo tende a ocorrer apenas em fases avançadas, após o aparecimento de déficits motores graves
d. O tratamento antiviral atualmente disponível costuma interromper a progressão neurológica quando iniciado nas fases iniciais

22) Recém-nascido a termo apresenta, nas primeiras horas de vida, taquipneia, dificuldade às mamadas e sinais progressivos de insuficiência cardíaca. Ao exame, observa-se taquicardia, hepatomegalia, precórdio hiperdinâmico e sopro craniano contínuo. A fontanela anterior encontra-se tensa. A ecocardiografia demonstra dilatação das câmaras cardíacas direitas e sinais de hipertensão pulmonar, sem cardiopatia estrutural que explique o quadro. **O DIAGNÓSTICO MAIS PROVÁVEL É:**

a. Malformação aneurismática da veia de Galeno
b. Trombose de seio venoso cerebral
c. Malformação arteriovenosa cerebral pial
d. Hemorragia intraventricular neonatal

23) Adolescente, 15a, apresenta diplopia e dificuldade para caminhar com evolução há quatro dias, iniciadas duas semanas após infecção de vias aéreas superiores. Ao exame neurológico, apresenta oftalmoplegia externa bilateral, ataxia de marcha e apendicular e arreflexia difusa, com força muscular preservada e sem alteração do nível de consciência. **O DIAGNÓSTICO MAIS PROVÁVEL É:**

a. Encefalite de tronco encefálico de Bickerstaff
b. Síndrome de Miller Fisher
c. Encefalopatia de Wernicke
d. Botulismo

24) Adolescente, 14a, apresenta cefaleia intensa e vômitos, seguidos de redução progressiva do nível de consciência. Tomografia computadorizada: volumosa lesão expansiva frontal direita, com importante efeito de massa e deslocamento da linha média. Horas depois, evolui com piora da fraqueza predominante no membro inferior esquerdo. **A SÍNDROME DE HERNIAÇÃO QUE EXPLICA MELHOR ESSE ACHADO É:**

a. Herniação subfalcina direita
b. Herniação uncal direita
c. Herniação tonsilar cerebelar
d. Herniação transtentorial descendente

25) Menino apresentou hipotonia intensa e dificuldade alimentar no período neonatal. A partir dos três anos desenvolveu hiperfagia progressiva e obesidade. Aos sete anos apresenta baixa estatura, mãos e pés pequenos, hipogonadismo e deficiência intelectual leve. **O MECANISMO GENÉTICO ASSOCIADO À PRINCIPAL HIPÓTESE DIAGNÓSTICA É:**

a. Ausência de expressão de genes de origem paterna na região 15q11-q13
b. Ausência de expressão materna do gene UBE3A na região 15q11-q13
c. Expansão de repetições CGG no gene FMR1
d. Deleção do gene SHANK3 na região 22q13

26) Menino, 9a, apresenta dificuldades acadêmicas desde o início da escolarização. A avaliação neuropsicológica demonstra quociente de inteligência de 68. Apesar disso, realiza de forma independente os cuidados pessoais, utiliza transporte escolar com supervisão mínima e consegue realizar pequenas compras, mas necessita de apoio importante para atividades escolares e organização de tarefas cotidianas. **O ASPECTO COM MAIOR PESO PARA DETERMINAR A GRAVIDADE DO TRANSTORNO DO DESENVOLVIMENTO INTELECTUAL É:**

a. O valor do quociente de inteligência obtido na avaliação neuropsicológica
b. O nível de funcionamento adaptativo nos domínios conceitual, social e prático
c. A discrepância entre o desempenho acadêmico e o quociente de inteligência
d. A idade em que as dificuldades acadêmicas foram inicialmente reconhecidas

27) Menina, 9a, apresenta dificuldade persistente para adquirir leitura fluente, apesar de escolarização adequada e desempenho satisfatório em matemática e raciocínio não verbal. Lê lentamente, com erros na decodificação de palavras novas, e apresenta dificuldade para identificar e manipular os sons que compõem as palavras. Audição e visão são normais. **A ALTERAÇÃO MAIS DIRETAMENTE RELACIONADA AO QUADRO APRESENTADO É:**

a. Déficit no processamento fonológico da linguagem
b. Comprometimento primário da coordenação visuomotora
c. Redução global da capacidade intelectual
d. Alteração primária da compreensão da linguagem oral

28) Menino, 8a, é encaminhado por desatenção e impulsividade. Os pais relatam dificuldade para terminar tarefas e permanecer sentado durante as refeições. Na escola, entretanto, apresenta bom desempenho, completa as atividades, mantém-se atento e não há queixas comportamentais. Os sintomas relatados pelos pais persistem há mais de um ano**. A CONDUTA MAIS APROPRIADA PARA ESTABELECER O DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE É:**

a. Confirmar o diagnóstico com base na persistência dos sintomas relatados pelos pais
b. Solicitar avaliação neuropsicológica, indispensável para confirmar ou excluir o diagnóstico
c. Obter informações de outros ambientes e avaliar se os sintomas e o prejuízo funcional estão presentes em mais de um contexto
d. Realizar teste terapêutico com estimulante e considerar a resposta clínica como evidência diagnóstica

29) Menina, 11a, apresenta cefaleias pulsáteis, de moderada a forte intensidade, acompanhadas de náuseas, fotofobia e fonofobia, duas a três vezes por mês. O exame neurológico é normal. Durante as crises, costuma permanecer várias horas sem medicação porque os pais aguardam para verificar se a dor melhora espontaneamente. **A ORIENTAÇÃO MAIS APROPRIADA PARA O TRATAMENTO AGUDO É:**

a. Administrar analgésico apropriado precocemente após o início da crise
b. Reservar o tratamento farmacológico para crises com duração superior a duas horas
c. Utilizar opioides nas crises intensas que apresentem náuseas ou vômitos associados
d. Evitar anti-inflamatórios não esteroides devido à ausência de eficácia demonstrada nesta faixa etária

30) Lactente, 4m, apresenta assimetria craniana progressiva desde as primeiras semanas de vida. Ao exame visto de cima, observa-se achatamento occipital direito, deslocamento anterior da orelha direita e proeminência frontal ipsilateral. Não há crista óssea palpável sobre as suturas. **A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA MAIS PROVÁVEL É:**

a. Plagiocefalia deformacional
b. Sinostose da sutura lambdoide direita
c. Sinostose da sutura coronal direita
d. Sinostose da sutura sagital

31) Recém-nascido apresenta mielomeningocele lombossacral diagnosticada ao nascimento. A mãe não realizou suplementação de ácido fólico no período periconcepcional. A malformação decorre de alteração em uma etapa precoce do desenvolvimento embrionário do sistema nervoso. **O PROCESSO EMBRIOLÓGICO DIRETAMENTE RELACIONADO À FORMAÇÃO DESSA MALFORMAÇÃO É:**

a. Falha no fechamento do tubo neural durante a neurulação primária
b. Falha na migração das células da crista neural para os arcos faríngeos
c. Alteração da segmentação do rombencéfalo durante a formação das vesículas encefálicas
d. Falha na proliferação neuronal da zona ventricular durante o período fetal

32) Recém-nascido apresenta distensão abdominal, vômitos biliosos e atraso na eliminação de mecônio. A investigação demonstra segmento distal do cólon sem células ganglionares, confirmando doença de Hirschsprung. **A ALTERAÇÃO EMBRIOLÓGICA RESPONSÁVEL ESTÁ RELACIONADA PRINCIPALMENTE À MIGRAÇÃO DE CÉLULAS ORIGINADAS DE QUAL ESTRUTURA?**

a. Crista neural
b. Tubo neural
c. Mesoderma paraxial
d. Placódio neural

33) Menino, 12a, com epilepsia focal está em uso de carbamazepina e inicia tratamento com claritromicina por pneumonia. Dois dias depois, apresenta diplopia, nistagmo, ataxia e sonolência. **O MECANISMO QUE MELHOR EXPLICA O QUADRO É:**

a. Indução da CYP3A4 pela claritromicina, com formação de metabólitos tóxicos da carbamazepina
b. Inibição da CYP3A4 pela claritromicina, com aumento da concentração de carbamazepina
c. Deslocamento da carbamazepina da albumina pela claritromicina, sem alteração de sua depuração
d. Indução da glucuronidação da carbamazepina, com acúmulo de carbamazepina-epóxido

34) Adolescente com epilepsia apresenta crises persistentes e concentração sérica de fenitoína discretamente abaixo da faixa terapêutica. Após pequeno aumento da dose diária, evolui com nistagmo, diplopia e ataxia, e a concentração sérica aumenta de forma desproporcional. **A PROPRIEDADE FARMACOCINÉTICA QUE EXPLICA ESSE FENÔMENO É:**

a. Eliminação renal saturável de primeira ordem
a. Metabolismo hepático saturável, com cinética não linear
b. Redução progressiva da biodisponibilidade em doses elevadas
c. Autoindução enzimática intensa durante o tratamento crônico

35) Menina, 9a, em uso de valproato apresenta sonolência progressiva, vômitos e confusão. As transaminases são normais, mas a amônia plasmática está significativamente elevada. **A ALTERAÇÃO METABÓLICA A SER ESPECIALMENTE CONSIDERADA É:**

a. Deficiência do ciclo da ureia, particularmente de ornitina transcarbamilase
b. Deficiência de alfa-glicosidase ácida
c. Deficiência de arilsulfatase A
d. Deficiência de hexosaminidase A

36) Adolescente apresenta cefaleia intensa, proptose e edema periorbitário à direita. Ao exame, há oftalmoplegia, hipoestesia na fronte e reflexo corneano reduzido à direita. **QUAL COMBINAÇÃO DE NERVOS PODE ESTAR COMPROMETIDA NESSA LOCALIZAÇÃO?**

a. III, IV, V1 e VI
b. II, III, VII e VIII
c. V2, VII, IX e X
d. III, V3, VII e XII

37) Adolescente com hidrocefalia apresenta dificuldade para olhar para cima, retração palpebral e nistagmo de convergência-retração. **QUAL LOCALIZAÇÃO EXPLICA MELHOR O QUADRO?**

a. Região dorsal do mesencéfalo
b. Ponte ventral
c. Bulbo lateral
d. Pedúnculo cerebelar inferior

38) Menina, 11a, apresenta movimentos coreiformes, labilidade emocional e piora da escrita três meses após episódio de faringite. Ao exame, observa-se hipotonia e "*milkmaid grip*". **QUAL INVESTIGAÇÃO É PARTICULARMENTE IMPORTANTE, MESMO NA AUSÊNCIA DE SINTOMAS CARDIOVASCULARES?**

a. Avaliação cardíaca para pesquisa de cardite reumática
b. Eletroneuromiografia para pesquisa de neuropatia motora
c. Ressonância magnética da coluna cervical
d. Dosagem de cobre urinário como investigação inicial obrigatória

39) Adolescente recebe metoclopramida por vômitos e, poucas horas depois, apresenta desvio sustentado dos olhos para cima, retrocolo e abertura forçada da mandíbula. **A CONDUTA MAIS APROPRIADA É:**

a. Administrar agente anticolinérgico ou anti-histamínico com ação anticolinérgica
b. Administrar levodopa e observar resposta clínica
c. Iniciar benzodiazepínico de longa duração como tratamento exclusivo obrigatório
d. Administrar antagonista dopaminérgico adicional para controlar os movimentos

40) Menino, 8a, com paralisia cerebral espástica bilateral consegue caminhar de forma independente em ambientes internos e subir escadas utilizando corrimão. Em trajetos longos, terrenos irregulares ou locais com grande aglomeração, necessita de dispositivo de mobilidade com rodas. **A CLASSIFICAÇÃO NO GROSS MOTOR FUNCTION CLASSIFICATION SYSTEM (GMFCS) QUE MELHOR CORRESPONDE AO SEU DESEMPENHO FUNCIONAL É:**

a. GMFCS I
b. GMFCS II
c. GMFCS III
d. GMFCS IV

41) Adolescente, 13a, com diabetes mellitus tipo 1 desde os sete anos, utiliza sistema de infusão contínua de insulina com algoritmo de liberação automatizada e monitorização contínua da glicose em tempo real. Não apresenta hipoglicemias graves, não há relato de cetoacidose recente. A família demonstra boa capacidade de manejo, embora ainda haja variabilidade glicêmica pós-prandial. Na última avaliação: HbA1c 6,8%, tempo no alvo 70–180 mg/dL de 68%, tempo abaixo de 70 mg/dL de 3%, tempo abaixo de 54 mg/dL de 1% e tempo acima de 180 mg/dL de 28%. **DE ACORDO COM RECOMENDAÇÕES INTERNACIONAIS ATUAIS PARA METAS GLICÊMICAS EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM DIABETES, ASSINALE A ALTERNATIVA CORRETA:**

a. A meta de HbA1c deve permanecer universalmente abaixo de 7,0%, pois metas inferiores aumentam o risco de hipoglicemia em adolescentes, mesmo com uso de tecnologias avançadas.
b. A HbA1c isoladamente deve orientar a intensificação terapêutica, pois métricas derivadas do CGM ainda não são recomendadas como ferramentas clínicas em pediatria.
c. Em adolescentes com acesso a CGM e sistemas automatizados de administração de insulina, uma meta de HbA1c ≤6,5% pode ser encorajada quando alcançável com segurança, devendo-se buscar, em geral, tempo no alvo (70–180 mg/dL) >70%, tempo <70 mg/dL <4% e tempo <54 mg/dL <1%.
d. O tempo no alvo adequado em pediatria é definido como >80% entre 70–180 mg/dL, desde que a HbA1c permaneça abaixo de 8,0%, pois o principal objetivo é evitar hipoglicemia.

42) Lactente, 4m, nascido a termo, previamente hígido, é levado ao pronto-socorro após episódio ocorrido durante o sono. A mãe relata que a criança apresentou palidez, redução dos movimentos respiratórios e hipotonia, com duração aproximada de 30 segundos. Ao ser colocada no colo, recuperou-se espontaneamente. Não houve necessidade de reanimação. É o primeiro episódio. Não apresenta febre, sintomas respiratórios, engasgos ou dificuldades durante as mamadas. Na avaliação, encontra-se em bom estado geral, assintomático e em seu estado habitual, com sinais vitais e exame físico normais. Não foi identificada causa para o episódio. **COM RELAÇÃO AO EVENTO BREVE, RESOLVIDO E INEXPLICADO (BRUE), ASSINALE A ALTERNATIVA CORRETA:**

a. O diagnóstico exige a presença simultânea de alteração da cor, respiração, tônus e nível de consciência.
b. Pode ser diagnosticado em crianças de qualquer idade, desde que o episódio tenha duração inferior a um minuto.
c. É definido como evento súbito, breve e resolvido em lactente menor de 1 ano, sem causa identificada após avaliação, associado a pelo menos uma alteração de cor, respiração, tônus ou responsividade.
d. Episódios de cianose associados a engasgo ou regurgitação durante a mamada devem ser classificados como BRUE.

43) Neonato nascido a termo, adequado para a idade gestacional, filho de pais consanguíneos, com histórico gestacional sem intercorrências, apresentou ao teste de triagem neonatal TSH acima de 20mUI/L. Foi realizada convocação para coleta de exames em sangue periférico: TSH=28mUI/L; T4L=0,6ng/dL. Na avaliação clínica, o paciente apresentava bócio. **A PROVÁVEL ETIOLOGIA DO HIPOTIREOIDISMO CONGÊNITO E UM EXAME INDICADO PARA A CONFIRMAÇÃO DA SUSPEITA ETIOLÓGICA SÃO:**

a. Hipotireoidismo central e Ressonância nuclear magnética de hipófise.
b. Hipotireoidismo primário por disormonogênese e Cintilografia de tireoide.
c. Hipotireoidismo primário por disgenesia e dosagem de anticorpo anti-tireoglobulina.
d. Hipotireoidismo central e Ultrassom de tireoide.

O ENUNCIADO ABAIXO CORRESPONDE ÀS QUESTÕES 44 E 45:

Menina, 12a, previamente hígida, é admitida no pronto-socorro com história de poliúria, polidipsia e perda ponderal há três semanas. Nas últimas 24 horas, evoluiu com vômitos, dor abdominal e prostração. Ao exame, apresenta desidratação, taquicardia e respiração profunda e rápida. Glicemia capilar=386mg/dL.

44) EM RELAÇÃO AOS CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DE CETOACIDOSE DIABÉTICA (CAD) EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES, ASSINALE A ALTERNATIVA CORRETA:

a. Glicemia >200mg/dL é suficiente para o diagnóstico de CAD quando associada a sintomas clássicos de diabetes.
b. O diagnóstico de CAD requer hiperglicemia, cetose e acidose metabólica, caracterizada por pH venoso <7,30 ou bicarbonato sérico <18 mmol/L.
c. A presença de hipopotassemia é obrigatória para o diagnóstico, independentemente dos valores de pH e bicarbonato.
d. O diagnóstico de CAD requer glicemia >250 mg/dL, pH arterial <7,20 e bicarbonato <15 mmol/L.

45) A adolescente da questão anterior apresenta os seguintes exames laboratoriais na admissão: Glicemia=386 mg/dL; pH venoso=7,08; Bicarbonato=8mmol/L; β-hidroxibutirato=5,2 mmol/L.

DE ACORDO COM OS CRITÉRIOS DE CLASSIFICAÇÃO DA CETOACIDOSE DIABÉTICA EM PEDIATRIA, ESSE EPISÓDIO DEVE SER CLASSIFICADO COMO:

a. Cetoacidose diabética leve.
b. Cetoacidose diabética moderada.
c. Cetoacidose diabética grave.
d. Não é possível classificar a gravidade sem o valor da glicemia após a primeira hora de hidratação.

46) Menina, 7a, apresenta obesidade e hiperfagia. O acompanhante relata a paciente nem sempre foi obesa. Nos primeiros meses de vida, a paciente tinha dificuldade para mamar e ganhar peso que se resolveu após 1 ano. Após os 2 anos de idade, o ganho de peso começou a aumentar mais rapidamente. A paciente também faz acompanhamento com neurologista por hipotonia no primeiro ano de vida e atraso do neurodesenvolvimento, além de alterações comportamentais. Na avaliação clínica, tinha IMC com z-score +3,2 DP, olhos amendoados, canto da boca inclinado para baixo e mãos e pés pequenos. **CONSIDERANDO A PRINCIPAL HIPÓTESE DIAGNÓSTICA PARA ESSA PACIENTE, O PRIMEIRO EXAME DE ESCOLHA PARA A CONFIRMAÇÃO É:**

a. Sequenciamento de Sanger
b. Dosagem da leptina
c. Sequenciamento do exoma
d. Análise de metilação do DNA

47) Criança, 4a, apresenta insuficiência respiratória aguda e necessita de intubação orotraqueal. **CONSIDERANDO A ESCOLHA DO TUBO ENDOTRAQUEAL, ASSINALE A ALTERNATIVA CORRETA:**

a. Tubo sem cuff, diâmetro interno 4 mm.
b. Tubo sem cuff, diâmetro interno 5,0 mm.
c. Tubo com cuff, diâmetro interno 4,5 mm.
d. Tubo com cuff, diâmetro interno 6,0 mm.

48) Menina,10a, vem para consulta pediátrica de rotina, sem queixas. Exame físico: FC=81 bpm, PA=105/70mmHg (percentil 50), estadio puberal M1P2. Medidas antropométricas com Z-score de estatura -1.5 DP, de peso +1.0 DP, IMC +2.1 DP. A velocidade de crescimento no período foi de 5 cm/ano. Foram realizados exames: TSH=7,2mUI/L e T4L normal. **A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA E CONDUTA SÃO:**

a. Hipotireoidismo primário e iniciar levotiroxina
b. Hipotireoidismo subclínico e iniciar levotiroxina devido à obesidade
c. Hipotireoidismo subclínico, repetir os exames e solicitar anticorpos antitireoidianos
d. Hipotireoidismo primário e solicitar ultrassom de tireóide

49) Criança, 8a, com choque séptico, apresenta hipotensão, extremidades frias, tempo de enchimento capilar de 5 segundos e redução da contratilidade ventricular esquerda à ecocardiografia. Após ressuscitação volêmica criteriosa, inicia-se infusão de epinefrina. Nas duas horas seguintes, observa-se aumento da pressão arterial média, redução do tempo de enchimento capilar para 2 segundos, melhora do

estado mental e aumento da diurese. Entretanto, o lactato arterial aumenta de 3,5 para 6,2 mmol/L. **FRENTE A ESTE ACHADO, A INTERPRETAÇÃO MAIS ADEQUADA É:**

a. O aumento do lactato demonstra obrigatoriamente piora da oferta sistêmica de oxigênio e indica substituição imediata da epinefrina por norepinefrina.
b. A epinefrina pode aumentar a concentração de lactato pela estimulação β_2-adrenérgica da glicólise aeróbia, de modo que a elevação isolada do lactato não deve ser interpretada necessariamente como piora da perfusão tecidual.
c. A elevação do lactato decorre predominantemente da vasoconstrição α_1-adrenérgica produzida pela epinefrina, sendo indicação para associação de vasopressina.
d. A elevação do lactato indica que a dose de epinefrina é insuficiente, pois o aumento progressivo da dose tende a reduzir a produção de lactato ao predominar seu efeito β_1-adrenérgico.

50) Adolescente, 16a, é atendido no Pronto-Socorro cerca de 20 horas após uma confraternização, na qual ingeriu bebida destilada de procedência desconhecida. Nas primeiras horas após o consumo, apresentou tontura e náuseas leves, com melhora parcial. No momento da avaliação, refere cefaleia intensa, vômitos, fotofobia e dificuldade para focalizar objetos. Ao exame, está sonolento, porém despertável, e apresenta respiração rápida e profunda. **CONSIDERANDO A EVOLUÇÃO CLÍNICA E A FISIOPATOLOGIA DO QUADRO, ASSINALE A ALTERNATIVA CORRETA:**

a. A instalação tardia das manifestações sugere que a toxicidade decorre predominantemente do acúmulo do álcool original, sendo as alterações visuais consequência da acidose metabólica sistêmica.
b. O intervalo pouco sintomático, seguido de manifestações visuais e respiratórias, é compatível com a formação progressiva de metabólitos tóxicos; o ácido fórmico desempenha papel central nos danos metabólicos e neurológicos.
c. O aparecimento de alterações visuais após um período inicial oligossintomático indica lesão do nervo óptico; porém, a ausência de coma, convulsões ou instabilidade hemodinâmica torna improvável a evolução para intoxicação grave.
d. A respiração rápida e profunda pode indicar acidose metabólica, mas as manifestações oftalmológicas precoces são inespecíficas e, isoladamente, não contribuem para distinguir intoxicação por metanol dos efeitos do etanol.

51) Menina, 4a, sem antecedentes patológicos prévios, foi internada pela quinta vez nos últimos três meses, por episódios de febre, tosse e insuficiência respiratória, associadas a hipoxemia. Nas internações anteriores, apresentou melhora clínica parcial após antibioticoterapia com ampicilina e fisioterapia respiratória, seguida de recorrência dos sintomas poucos dias após a alta hospitalar. Na internação atual, apresenta taquipneia, estertores difusos, sibilância discreta, SpO_2 de 85% em ar ambiente e 97% com O_2 a 1L/minuto e radiografia de tórax com opacidades heterogêneas peri-hilares bilateralmente e atelectasia de lobo médio. A família relata que a avó materna, tabagista de dois maços/dia e residente em outra casa no

mesmo terreno onde moram, faleceu recentemente após meses de tosse e emagrecimento, atribuídos pela família ao tabagismo. **CONSIDERANDO OS DADOS APRESENTADOS E A PRINCIPAL HIPÓTESE DIAGNÓSTICA, O ESQUEMA TERAPÊUTICO QUE DEVE SER INTRODUZIDO INICIALMENTE É:**

a. Piperacilina-tazobactam, por via endovenosa.
b. Metilprednisolona, 30mg/kg/dia, por via intravenosa.
c. Sulfadiazina, pirimetamina e ácido folínico, por via oral.
d. Rifampicina, isoniazida e pirazinamida, por via oral.

52) Menino, 7a, é levado ao Pronto Atendimento com febre há três dias, cefaleia, mialgia, náuseas e prostração. Há 8 dias, participou de passeio em área rural com presença de capivaras. A mãe não observou picada de carrapato. Ao exame, encontra-se febril, hemodinamicamente estável e sem exantema ou sinais meníngeos. **DIANTE DA PRINCIPAL HIPÓTESE DIAGNÓSTICA, A CONDUTA MAIS ADEQUADA É:**

a. Solicitar sorologia para febre maculosa e iniciar doxiciclina se o resultado for positivo.
b. Iniciar doxiciclina e solicitar sorologia para febre maculosa.
c. Prescrever antitérmicos, orientar sinais de alarme e reavaliar em 48 horas.
d. Aguardar o aparecimento de exantema antes de iniciar tratamento específico.

53) NA ANEMIA FALCIFORME, QUAL MEDIDA QUE MELHOR PROPORCIONA A REDUÇÃO DAS CRISES DE FALCIZAÇÃO E SUAS SEQUELAS:

a. Transfusão de troca a cada 28 dias.
b. Uso regular de hidroxiureia.
c. transplante de medula óssea antes de 5 anos de idade.
d. Uso racional de derivados opióides

54) Criança, 4a, branca, previamente hígida e iniciando período escolar. Após duas semanas de episódio de infecção de vias aéreas superiores não complicado faz exames de rotina após consulta com pediatra, que não detectou alterações ao exame físico. Apresenta o seguinte hemograma: hemoglobina=12.5g/dl; VCM=78fL; HCM=27pg; leucócitos=5.500/mm^3 (neutrófilos=900/mm3; linfócitos=2.100/mm3; eosinófilos= 200/mm^3; monócitos=400/mm^3); Plaquetas=400.000/mm^3. **ASSINALE A ALTERNATIVA CORRETA:**

a. Neutropenia grave. Provável aplasia de medula. Biopsia de Medula óssea
b. Neutropenia leve. Provável deficiência de oligoelementos. Repor vitamina B12 e ácido fólico.
c. Neutropenia moderada. Repetir hemograma em 2 a 4 semanas.
d. Neutropenia moderada. Quadro constitucional. Seguir puericultura normalmente.

55) Menina, 5a, branca, procura Pronto Atendimento com quadro de febre entre 38 e 38,5ºC, diária há 10 dias, sem outro comemorativos. Exame físico: regular estado geral, palidez, prostração, estabilidade hemodinâmica, algumas equimoses e petéquias e hepatoesplenomegalia. Sem alterações adicionais ao exame físico. Hemograma: hemoglobina=8.5g/dL; VCM e HCM dentro dos valores de normalidade;

leucócitos=2.400/mm^3 (neutrófilos=900/mm^3, linfócitos=1.200/mm^3, Monócitos=300/mm^3); Plaquetas=90.000/mm^3. **É CORRETO AFIRMAR:**

a. Realizar sorologia para mononucleose por pancitopenia secundário processo viral; manter paciente em regime ambulatorial e aguardar resolução quadro febril.
b. Hipofibrogenemia e hipertrigliceridemia adicionais ao hemograma e exame físico permitem estabelecer o diagnóstico de linfohistiocitose hemofagocítica. Não é necessário mielograma.
c. Internação com cefalosporina de terceira geração e repete hemograma em 48 horas pois trata-se de processo bacteriano.
d. Não é possível afastar leucose aguda. Mielograma está indicado.

56) DENTRE AS MEDIDAS DE TRIAGEM PARA NEOPLASIAS, QUAIS DAS ABAIXO SÃO VALIDADAS PARA A POPULAÇÃO PEDIÁTRICA:

a. Teste reflexo olho vermelho e avaliação oftalmológica nas crianças até 1 ano de idade
b. Hemograma, DHL, ácido úrico semestral a partir de 2 anos de idade.
c. Colonoscopia em pacientes com histórico familiar positivo para carcinoma de colón a partir dos 5 anos de idade.
d. Ultrassom de abdome trimestral a em crianças menores de 4 anos de idade

57) Menino, 8a, apresenta vômitos persistentes e dor abdominal há quatro dias. Exame físico com desidratação em algum grau, dor à palpação mais localizada em fossa ilíaca. Ultrassonografia de abdome com sinal do alvo e linfonodos aumentados em região fossa ilíaca e mesentério. **ASSINALE A ALTERNATIVA CORRETA:**

a. Apendicite aguda com abscesso; cirurgia; antibiótico de largo espectro
b. Intussuscepção idiopática; enema baritado para reversão; antinflamatório
c. Gastroenterocolite aguda; hidratação e suporte antiemético e analgésico
d. Linfoma não Hodgkin/Burkitt; biopsia/cirurgia; triar lise tumoral.

58) Paciente com 15 anos, chega para avaliação de rotina no seu consultório. Relata que já teve diagnóstico de Meduloblastoma com 6 anos de idade, recebeu tratamento com cirurgia e radioterapia no crânio e neuro-eixo completo (toda medula espinhal). **NO SEGUIMENTO DE LONGO PRAZO DESSE PACIENTE, QUAIS DAS TOXICIDADES CRÔNICAS ABAIXO NÃO SÃO NOTADAS:**

a. Neoplasia secundária, em cérebro e hematológica.
b. Distúrbio de crescimento e hipotireoidismo
c. Alterações Neurocognitivas
d. Incontinência fecal e urinária

59) Criança, 8a, será submetida a procedimento odontológico com manipulação gengival. Possui antecedente de cardiopatia congênita. **EM QUAL DAS SITUAÇÕES ABAIXO ESTÁ INDICADA A PROFILAXIA PARA ENDOCARDITE INFECCIOSA?**

a. Criança portadora de cardiopatia congênita, independentemente do tipo de cardiopatia.
b. Comunicação interventricular pequena, sem tratamento cirúrgico prévio.
c. Comunicação interventricular corrigida cirurgicamente, sem presença de defeito residual.
d. Comunicação interventricular corrigida cirurgicamente com utilização de material protético, apresentando pequeno defeito residual adjacente ao material utilizado.

60) Um adolescente apresenta valores persistentemente elevados de pressão arterial em medidas realizadas adequadamente no consultório. Não apresenta sintomas ou evidências clínicas de lesão de órgão-alvo. **CONSIDERANDO A INVESTIGAÇÃO DIAGNÓSTICA DA HIPERTENSÃO ARTERIAL NESSA FAIXA ETÁRIA, A PRINCIPAL FINALIDADE DA SOLICITAÇÃO DA MONITORIZAÇÃO AMBULATORIAL DA PRESSÃO ARTERIAL (MAPA) É:**

a. Confirmar o diagnóstico após uma única medida elevada de pressão arterial.
b. Detectar precocemente lesão de órgão-alvo cardiovascular.
c. Diferenciar hipertensão arterial sustentada de hipertensão do avental branco.
d. Determinar a etiologia primária ou secundária da hipertensão arterial.

61) Durante uma consulta de puericultura, o pediatra avalia quatro crianças assintomáticas. Considerando as recomendações brasileiras para triagem de dislipidemias na infância**, EM QUAL SITUAÇÃO ESTÁ INDICADA A REALIZAÇÃO DE TRIAGEM LIPÍDICA ANTES DA FAIXA ETÁRIA RECOMENDADA PARA A TRIAGEM UNIVERSAL?**

a. Criança, 7a, eutrófica, cujo pai apresentou infarto agudo do miocárdio aos 62 anos.
b. Criança, 5a, com IMC no percentil 90 para idade e sexo.
c. Criança, 4a, eutrófica, cujo pai apresentou infarto agudo do miocárdio aos 45 anos e faz uso contínuo de medicação para redução do colesterol.
d. Criança, 6a, eutrófica, cuja mãe apresentou infarto agudo do miocárdio aos 67 anos e apresenta hipertensão arterial controlada.

62) Menino, 8a, permanece cerca de 4 horas por dia em jogos e vídeos, inclusive durante as refeições e até o horário de dormir. A mãe relata dificuldade para estabelecer limites, não utiliza recursos de supervisão parental e acredita que a própria criança deve aprender a controlar o tempo de uso. **CONSIDERANDO AS RECOMENDAÇÕES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA E O ESTATUTO DIGITAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE, A ORIENTAÇÃO MAIS ADEQUADA É:**

a. Permitir o tempo atual de uso, desde que os conteúdos sejam adequados à faixa etária.
b. Limitar o tempo de telas a 1–2 horas por dia, estabelecer períodos sem telas e utilizar supervisão parental adequada à idade.
c. Suspender completamente o acesso às telas, pois o tempo de uso apresentado caracteriza dependência digital.
d. Manter o tempo de uso e orientar a desativação de notificações e outros recursos que estimulem o uso prolongado.

63) Adolescente, 17a, com histórico de uso diário e prolongado de cannabis (18 meses) apresenta episódios estereotipados de náusea grave e vômitos repetitivos por vários dias, assemelhando-se à Síndrome dos Vômitos Cíclicos. **PARA A CONFIRMAÇÃO DIAGNÓSTICA DA SÍNDROME DE HIPERÊMESE POR CANABINOIDES (CHS) SEGUNDO O ROMA V, O CRITÉRIO MANDATÓRIO É:**

a. Presença do comportamento compulsivo de banhos quentes prolongados
b. Teste sérico ou urinário positivo para tetrahidrocanabinol ($\Delta - 9 - \mathrm{THC}$)
c. Resolução dos episódios de vômito após a cessação sustentada da cannabis por pelo menos 6 meses
d. Confirmação de retardo grave no esvaziamento gástrico por cintilografia

64) Menina, 4a, é trazida à consulta porque, há 2 meses, apresenta pequenas quantidades de fezes na roupa íntima algumas vezes por semana, e a mãe acredita que a criança possa estar com vermes. Desde a retirada das fraldas, há 6 meses, passou a evacuar cerca de duas vezes por semana, com fezes endurecidas e volumosas, por vezes acompanhadas de dor. Antes desse período, apresentava hábito intestinal regular. A criança apresenta crescimento adequado, desenvolvimento neuropsicomotor normal e eliminou mecônio nas primeiras 48 horas de vida. Não há outras queixas. Ao exame físico, apresenta massa palpável em hipogástrio, sem outras alterações. **A CONDUTA INICIAL MAIS ADEQUADA É:**

a. Iniciar polietilenoglicol em dose de manutenção, associado a medidas dietéticas e treinamento intestinal.
b. Solicitar radiografia de abdome e investigação laboratorial para hipotireoidismo e doença celíaca antes de iniciar o tratamento.
c. Orientar aumento da ingestão de fibras e líquidos e reavaliar antes de considerar tratamento farmacológico.
d. Realizar desimpactação com polietilenoglicol, seguida de tratamento com polietilenoglicol em dose de manutenção, associado a medidas dietéticas e treinamento intestinal.

65) Menino, 9a, com dor retroesternal persistente. A endoscopia digestiva alta é normal e sem alterações histológicas. A pH-impedanciometria esofágica prolongada revela tempo de exposição ácida normal e ausência de correlação temporal (associação sintomática negativa) entre as dores relatadas e os eventos de refluxo líquido ou gasoso. **DE ACORDO COM O ALGORITMO DO ROMA V, O DIAGNÓSTICO É:**

a. Dor Esofágica Não Relacionada ao Refluxo
b. Hipersensibilidade ao Refluxo
c. Doença do Refluxo Não Erosiva
d. Esofagite de Refluxo Grau A

66) Criança, 3a, com suspeita de infecção, apresenta os seguintes exames: plaquetas <100.000/mm^3, INR >1,3, D-dímero >2 mg/L, FEU e fibrinogênio <100 mg/dL**. DE ACORDO COM O ESCORE DE SEPSE DE PHOENIX (PHOENIX SEPSIS SCORE), QUANTOS PONTOS DEVEM SER ATRIBUÍDOS AO COMPONENTE COAGULAÇÃO?**

a. 1 ponto
b. 2 pontos
c. 3 pontos
d. 4 pontos

67) Lactente, 2m, em aleitamento materno exclusivo, é levado à consulta devido ao surgimento de estrias de sangue nas fezes (hematoquezia) há três dias. O lactente apresenta bom ganho ponderal, exame físico sem alterações e ausência de outros sinais sistemáticos de alarme. **A CONDUTA INICIAL MAIS ADEQUADA É:**

a. Substituir imediatamente o aleitamento materno por fórmula à base de aminoácidos.
b. Adotar conduta expectante (*"watch and wait"*) por 1 mês, mantendo a amamentação sem restrição alimentar materna inicial, visto que a hematoquezia pode desaparecer espontaneamente.
c. Iniciar dieta de exclusão de leite de vaca para a mãe por pelo menos 6 meses antes de qualquer tentativa de reintrodução.
d. Submeter o lactente a um teste de provocação oral (TPO) hospitalar imediato para confirmar a anafilaxia alimentada por IgE.

68) SEGUNDO O ESCORE DE SEPSE DE PHOENIX (PHOENIX SEPSIS SCORE), AS ALTERAÇÕES NEUROLÓGICAS QUE CORRESPONDEM, RESPECTIVAMENTE, A 1 E 2 PONTOS SÃO:

a. Sonolência e pupilas bilateralmente fixas
b. Escala de Coma de Glasgow ≤ 10 e pupilas anisocórica
c. Sonolência e pupilas anisocóricas
d. Escala de Coma de Glasgow ≤ 10 e pupilas bilateralmente fixas

69) Mãe de um lactente com APLV IgE-mediada questiona o pediatra sobre a necessidade de retirar carne bovina da alimentação do filho ao iniciar a introdução alimentar, pois leu em fóruns virtuais que proteínas bovinas devem ser totalmente abolidas. **QUAL ORIENTAÇÃO O MÉDICO DEVE FORNECER?**

a. A carne bovina deve ser totalmente eliminada, pois mais de 80% das crianças com APLV apresentam reação alérgica cruzada grave à carne bovina.
b. Menos de 20% das crianças com APLV mediada por IgE têm alergia à carne bovina; como o principal alérgeno (albumina sérica bovina) é sensível ao calor e à digestão, a carne bem cozida ou assada é bem tolerada.
c. A carne bovina deve ser substituída pela carne de cordeiro, pois não existe nenhuma reatividade cruzada descrita entre proteínas de ovinos e bovinos.
d. Nesses casos está indicado, além da fórmula de aminoácidos, a mamadeira de frango ou de rã, proteínas que diferem estruturalmente da carne bovina

70) Menino, 7a, com comprometimento grave do sistema nervoso central e dependência de gastrostomia apresenta episódios recorrentes de dores abdominais e náuseas especificamente desencadeados durante e logo após as infusões da dieta por gastrostomia. Também expressa desconforto durante a eliminação de gases e evacuações. Avaliações prévias afastaram obstrução mecânica e constipação. **O MECANISMO FISIOPATOLÓGICO DECORRENTE DA ALTERAÇÃO DO SISTEMA NERVOSO QUE JUSTIFICA ADEQUADAMENTE A GÊNESE DESSES SINTOMAS E A TOLERÂNCIA ALIMENTAR REDUZIDA É:**

a. Hiperalgesia visceral e dor neuropática central, que promovem redução do limiar de volume gástrico para deflagração de sintomas e distensão intestinal/colônica.
b. Síndrome da artéria mesentérica superior com compressão extrínseca do duodeno, exigindo conversão cirúrgica de urgência.
c. Paralisia isolada do centro do vômito na ponte, tratável exclusivamente com altas doses de procinéticos dopaminérgicos.
d. Alergia alimentar mediada por IgE às proteínas da fórmula enteral, com indicação de corticoterapia sistêmica de manutenção.

71) Uma criança com traumatismo cranioencefálico grave, com Escala de Coma de Glasgow igual a 6, encontra-se intubada e em ventilação mecânica. **EM RELAÇÃO AOS CUIDADOS INICIAIS PARA PREVENÇÃO DE LESÃO CEREBRAL SECUNDÁRIA, ASSINALE A ALTERNATIVA CORRETA:**

a. Manter a cabeça em posição neutra, analgesia e sedação adequadas, evitar hiperventilação profilática e manter a $PaCO_2$ em faixa de normocapnia.
b. Manter a cabeça em posição neutra, evitar sedação para facilitar a avaliação neurológica e manter a $PaCO_2 \leq 30$ mmHg.
c. Manter a cabeça em posição neutra, analgesia e sedação adequadas e manter a $PaCO_2 \leq 30$ mmHg.
d. Manter a cabeça em posição neutra, evitar sedação para facilitar a avaliação neurológica, evitar hiperventilação profilática e manter a $PaCO_2$ em faixa de normocapnia.

72) Menino, 6a, com comprometimento neurológico grave, esteve em uso contínuo de inibidor de bomba de prótons (IBP) por 14 meses devido a diagnóstico presuntivo de DRGE. A equipe médica opta por descontinuar o IBP devido aos riscos associados ao uso prolongado. **QUAIS SÃO OS RISCOS CLÍNICOS DO USO CRÔNICO DE IBPS NESSA POPULAÇÃO E COMO DEVE SER FEITO O MANEJO IMEDIATO DA SUSPENSÃO DO FÁRMACO?**

a. Insuficiência renal aguda e hipercalemia; geridos com hidratação venosa contínua.
b. Infecção por *Clostridium difficile*, supercrescimento bacteriano do intestino delgado, pneumonia, fraturas ósseas e hipomagnesemia; descontinuação gerida com antiácidos de curto prazo ou bloqueadores H-2 para conter o rebote de acidez gástrica.
c. Diabetes insípido central e hiponatremia; descontinuação abrupta sem necessidade de transição.
d. Encefalopatia hepática e trombocitopenia; manejo com suspensão gradual associada a metoclopramida.

73) Um adolescente que faz uso de cigarro eletrônico (vape) com os amigos 1 vez por semana. **A ABORDAGEM APROPRIADA É:**

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

74) Menino, 2 dias de vida, apresenta hipoglicemia que se repete com 60, 66, e 72 horas de vida, corrigidas com aleitamento materno. Nasceu de parto normal a termo, com peso e comprimento adequados para a gestação. A gestação foi normal sem qualquer intercorrência com prenatal realizado com 10 consultas. No exame físico (sem hipoglicemia) está em bom estado geral, corado, ictérico 2+/5+ até raiz de coxas, acianótico. Coração e pulmões normais. Abdome sem alterações. Tem um pênis com 2 cm de comprimento e testículos palpáveis no canal inguinal baixo. Sem hipospádia. Fez coleta de bilirrubinas que mostraram: Indireta = 3,0mg/dL; Direta = 4,0mg/dL. **DIANTE DESSAS INFORMAÇÕES, A ETIOLOGIA MAIS PROVÁVEL DA HIPOGLICEMIA É:**

a. Filho de mãe diabética não diagnosticada na gestação
b. Baixa ingesta de leite materno
c. Erro inato do metabolismo
d. Hipopituitarismo

75) Uma mãe relata receio de vacinar seu filho adolescente contra a COVID-19 porque ouviu falar de casos de miocardite após a vacinação. **A INFORMAÇÃO QUE MELHOR CARACTERIZA UMA COMUNICAÇÃO EQUILIBRADA E BASEADA EM EVIDÊNCIAS É:**

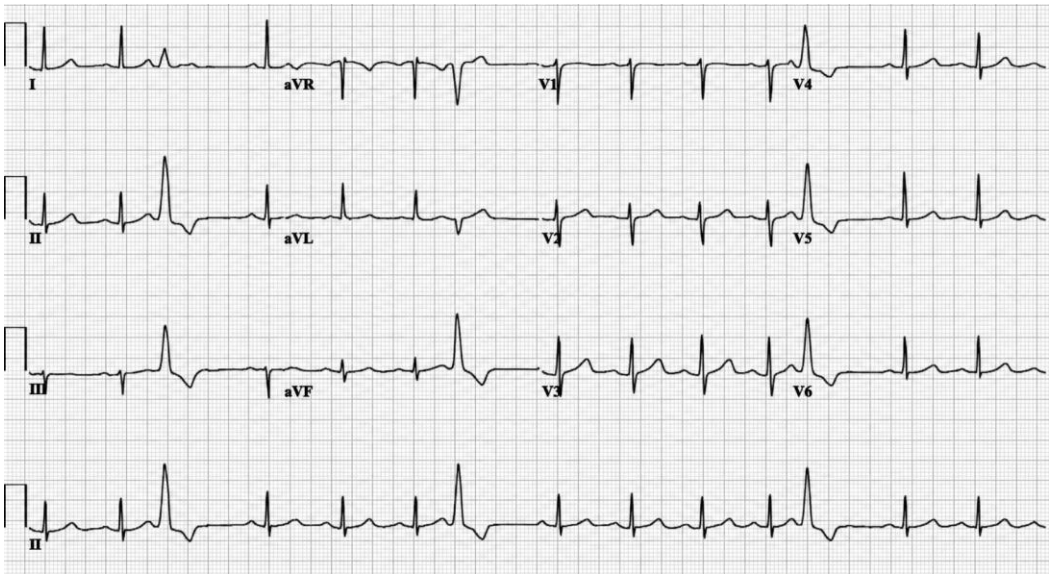
a. A vacina contra COVID-19 não está associada a miocardite ou pericardite em crianças e adolescentes.
b. Tanto a infecção quanto a vacinação apresentam o mesmo risco de miocardite ou de pericardite.
c. Existe aumento raro e de curto prazo do risco de miocardite ou pericardite após a vacinação, porém o risco observado após a vacinação é substancialmente menor do que o associado à infecção por SARS-CoV-2
d. Como há possibilidade de miocardite após a vacinação, a decisão deve ser baseada exclusivamente na preferência dos pais, sem recomendação médica.

76) Menina, 13a, procura atendimento por atraso menstrual. O teste de gravidez é positivo. Durante a consulta individual, ela demonstra grande ansiedade e, inicialmente, não deseja que os pais sejam informados. Não esclarece adequadamente as circunstâncias da concepção e responde de forma evasiva quando questionada sobre o parceiro. **CONSIDERANDO, CONJUNTAMENTE, OS PRINCÍPIOS DE CONFIDENCIALIDADE, PROTEÇÃO INTEGRAL E ABORDAGEM DA GRAVIDEZ EM MENORES DE 14 ANOS, A CONDUTA MAIS ADEQUADA É:**

a. Preservar obrigatoriamente o sigilo em relação à família, pois a gravidez constitui informação pertencente exclusivamente à esfera dos direitos reprodutivos da adolescente.
b. Limitar inicialmente a investigação aos aspectos obstétricos, evitando questionamentos sobre o parceiro para não produzir revitimização; a investigação de violência compete exclusivamente ao Conselho Tutelar.
c. Realizar uma abordagem acolhedora e sem julgamento, avaliar cuidadosamente as circunstâncias da gestação e eventuais situações de violência ou de vulnerabilidade, explicar à adolescente os limites da confidencialidade, documentar adequadamente os achados e adotar as medidas de proteção e de notificação pertinentes.
d. Informar imediatamente os responsáveis antes de prosseguir com a entrevista, pois a gravidez elimina o direito do menor de idade à privacidade durante a consulta médica.

77) Criança, 10a, compareceu para liberação para atividade física escolar. Apresenta-se assintomático, sendo realizado o Eletrocardiograma (abaixo) e solicitado demais exames complementares para liberação com os seguintes resultados:

- Ecocardiograma: anatomia cardíaca normal para idade, função cardíaca preservada.
- Holter de 24 horas: Ritmo sinusal predominante. Extrassístoles ventriculares monomórficas isoladas, de baixa densidade (2%), sem evidência de taquicardia ventricular.
- Laboratório: hemograma completo, TSH, enzimas cardíacas normais.



A RECOMENDAÇÃO COM RELAÇÃO A ATIVIDADE FÍSICA PARA ESTE PACIENTE É:

a. Liberar para atividade física sem restrição.
b. Liberar para atividade física leve e moderada, porém contraindicar atividades competitivas.
c. Liberar apenas para atividade física recreativa.
d. Não liberar para nenhum tipo de atividade física.

78) Lactente, 3m, portador de Síndrome de Down com diagnóstico de cardiopatia congênita (Defeito do septo Atrioventricular Total) comparece para consulta pediátrica de rotina em uso de furosemide (2mg/kg/dia). Encontra-se em aleitamento materno exclusivo e acompanhante refere dispneia para mamar e cianose perioral ao choro. Exame físico: ganho de peso de 5 gramas/dia, peso abaixo do escore z -2 para curva de trissomia 21, FR=50irpm, FC=150 bpm, oximetria=96% (ar ambiente), sopro sistólico 3+ em borda esternal, e fígado palpável a 3 cm do rebordo costal. **A CONDUTA MAIS ADEQUADA É:**

a. Iniciar inibidor de ECA e encaminhar para tratamento cirúrgico.
b. Iniciar digoxina e espironolactone e indicar passagem de sonda nasoenteral.
c. Iniciar beta bloqueador e solicitar triagem para hipotireoidismo congênito.
d. Iniciar dieta enteral, manteR tratamento clinico e postergar a correção cirúrgica até o 1º ano de vida.

79) Menina, 8a, vem encaminhada da escola com queixa de muitas dificuldades na produção da escrita manual. Professora relata que tem bom rendimento em raciocínio lógico e em avaliações orais, no entanto escreve com letras mal formadas de difícil leitura, com erros frequentes de ortografia e cansaço rápido quando escreve. Mãe refere ter um parente próximo com a mesma dificuldade e que na pré-escola tinha dificuldade com desenhos, pegar no lápis, recortar. Reafirma que criança é esperta e atenta. Nega outras queixas, exame físico sem alterações. **A PRINCIPAL HIPÓTESE DIAGNÓSTICA É:**

a. Dislexia
b. Discalculia
c. Disgrafia
d. TDHA

80) Residente de 28 anos, procura colega com queixa de febre, tosse seca e conjuntivite há dois dias e agora com exantema maculopapular generalizado. Relata que há dez dias retornou de férias de sua cidade de origem onde ouviu relatos de crianças com sarampo. **A CONDUTA EM RELAÇÃO AO ISOLAMENTO, NOTIFICAÇÃO E ESTADO VACINAL DO RESIDENTE É:**

a. Isolamento respiratório imediato para aerossóis; notificação compulsória até no máximo 24 horas, comprovação de duas doses de vacina tríplice viral.
b. Isolamento respiratório imediato para gotículas; notificação compulsória até no máximo 7 dias, comprovação de uma dose de vacina tríplice viral.
c. Orientar uso de máscara cirúrgica sem isolamento; notificação compulsória até no máximo 24 horas, indicar uma dose de tríplice viral imediatamente.
d. Isolamento respiratório para aerossóis; notificação compulsória até no máximo 48 horas, comprovação de no mínimo duas doses de vacina tríplice viral