

## CADERNO DE PROVA

### CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS PEDIATRIA

ASSINALE/CIRCULE APENAS UMA QUESTÃO.  
PREENCHA ATENTAMENTE À FOLHA DE RESPOSTAS.

1. Os critérios para diagnóstico de *diabete melito* tipo I na infância e adolescência são:
  - a) Sintomas clínicos típicos + glicemia em qualquer horário do dia, independente da última refeição > 200 mg/dl ou glicemia de jejum > 126 mg/dl em duas ocasiões.
  - b) Sintomas clínicos típicos + glicemia em qualquer horário do dia, independente da última refeição > 150 mg/dl ou glicemia de jejum > 130 mg/dl em duas ocasiões.
  - c) Sintomas clínicos típicos + glicemia em qualquer horário do dia, independente da última refeição > 180 mg/dl ou glicemia de jejum > 126 mg/dl em duas ocasiões.
  - d) Sintomas clínicos típicos + glicemia em qualquer horário do dia, independente da última refeição > 220 mg/dl ou glicemia de jejum > 130 mg/dl em duas ocasiões.
  - e) Sintomas clínicos típicos + glicemia em qualquer horário do dia, independente da última refeição > 240 mg/dl ou glicemia de jejum > 130 mg/dl em duas ocasiões.
  
2. A glicemia de jejum é considerada alterada quando:
  - a) Glicemia acima de 100 mg/dl
  - b) Glicemia acima de 120 mg/dl
  - c) Glicemia abaixo de 100 mg/dl
  - d) Glicemia abaixo de 90 mg/dl
  - e) Nenhuma das acima
  
3. A tríade clássica da síndrome de lise tumoral nas crianças com câncer é:
  - a) hiperuricemia, hiperpotassemia e hiperfosfatemia
  - b) hiperuricemia, hipocalcemia e hipofosfatemia
  - c) hiperuricemia, hipercalcemia e hipofosfatemia
  - d) hiperuricemia, hipercalcemia e hiperfosfatemia
  - e) hiperuricemia, hiponatremia e hipofosfatemia

## CADERNO DE PROVA

### CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS PEDIATRIA

4. É INCORRETO afirmar em relação às linfonodomegalias na criança:
- a) A biópsia realizada em gânglios cervicais altos e sub-mentoneanos apresenta pequeno percentual de resultados falsos.
  - b) Linfonodomegalia acompanhada de assimetria facial há possibilidade diagnóstica de linfoma de Burkitt.
  - c) Linfonodomegalias generalizadas acompanhadas de quadros infecciosos graves e de repetição podem ser causadas por imunodeficiências.
  - d) A ocorrência de linfonodo em região supra-clavicular é um sinal de alerta que pode estar associado com tumores de mediastino, pulmão ou abdome.
  - e) A tuberculose acomete mais os gânglios cervicais anteriores que, em 52% dos casos, supuram.
5. Em relação à interpretação do hemograma na criança podemos AFIRMAR que:
- a) Nos recém-nascidos é comumente observada presença de neutrofilia e monocitose.
    - b) Na criança a trombocitose geralmente é de etiologia primária.
    - c) O aumento do volume plaquetário médio é observado na sepse e no hiperesplenismo.
    - d) O número dos linfócitos nos lactentes e crianças é semelhante ao dos adultos.
  - e) A descrição de até 8% de linfócitos atípicos no sangue periférico é considerada normal.
6. Recém-nascido, filho de pai bacilífero, coabitará com avô, também bacilífero, e em tratamento há uma semana com esquema básico para tuberculose. Baseado no Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil datado do ano de 2010, a orientação adequada para o recém-nascido é:
- a) vacinar e encerrar o caso se PPD > 5mm após três meses
  - b) não vacinar, fazer PPD e iniciar quimioprofilaxia primária se PPD > 5mm
  - c) não vacinar, iniciar quimioprofilaxia primária e fazer PPD após três meses
  - d) iniciar quimioprofilaxia primária e manter se PPD > 10mm aos três meses
  - e) não vacinar e iniciar esquema básico para tuberculose se PPD >10mm

## CADERNO DE PROVA

### CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS PEDIATRIA

7. Pré-escolar de três anos de idade, previamente hígido, apresenta lesões purpúricas em membros inferiores, região glútea e face. Hoje apresentou episódio de epistaxe em pequena quantidade. A mãe relata episódio de febre e coriza há 15 dias. Exames laboratoriais: hemograma: Hematócrito: 35%; hemoglobina: 11.8g/dL; leucócitos 12.500/mm<sup>3</sup> (basófilos 0%, eosinófilos 5%, bastões 2%, segmentados 51%, linfócitos 40%, monócitos 2%); plaquetas 19.000/mm<sup>3</sup>; Tempo de atividade da protrombina: 90%; tempo de tromboplastina parcial ativada 24 segundos (controle 24 segundos). A principal hipótese diagnóstica é:

- a) púrpura anafilactóide
- b) doença de von Willebrand
- c) síndrome de Wiskott-Aldrich
- d) síndrome de Bernard-Soulier
- e) púrpura trombocitopênica imune

8. Pré-escolar de cinco anos de idade, com história positiva de asma, é atendido em unidade de pronto atendimento com crise de asma moderada/grave. As técnicas mais adequadas para administração do broncodilatador são:

- a) inalador com pó seco / nebulização com O<sub>2</sub>
- b) spray com espaçador e bocal/nebulização com O<sub>2</sub>
- c) (C) *spray* sem espaçador / nebulização com ar comprimido
- d) (D) *spray* com espaçador e máscara /inalador com pó seco
- e) (E) nebulização com ar comprimido /*spray* com espaçador e máscara

9. Pré-escolar de 3 anos de idade, há 2 semanas com quadro gripal. Inicia há 24 horas com lesões vinhosas e elevadas em membros inferiores e nádegas, evoluindo com dor e edema em joelhos, e posteriormente em tornozelos. Apresentava ainda dor abdominal periumbilical, vômitos e diarreia com estrias de sangue, além de hematúria macroscópica. O diagnóstico mais provável é:

- a) leucemia linfocítica aguda
- b) coagulação intravascular disseminada
- c) meningococemia
- d) púrpura de Henoch-Schönlein
- e) púrpura trombocitopênica imune

## CADERNO DE PROVA

### CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS PEDIATRIA

10. Paciente feminina de 5 anos de idade, com anemia falciforme, chega ao pronto-socorro pediátrico com episódio de dor torácica de forte intensidade. No manejo inicial, foi descartado quadro infeccioso e recebeu dipirona endovenosa, porém sem melhora da dor. Qual sua próxima conduta?

- a) Liberar para casa com anti-inflamatórios não hormonais
- b) Liberar para casa com opióides
- c) Encaminhar para atendimento com hematologista
- d) Internação com hidratação endovenosa e escalonamento de analgesia
- e) Hidratação oral e manter dipirona

11. Em relação às complicações infecciosas no paciente pediátrico com câncer é INCORRETO afirmar que:

- a) A incidência da infecção fúngica ainda é menor que a bacteriana, porém a mortalidade é elevada.
- b) Os pacientes neutropênicos apresentam risco aumentado para o desenvolvimento de pneumonites fúngicas, sendo o *Aspergillus sp* o agente mais comum.
- c) A bacteremia ocorre em 10 a 20% dos pacientes, sendo mais frequente nas neutropenias intensas.
- d) É importante lembrar que a identificação de cândida na hemocultura pode ser considerada como contaminação.
- e) Os pacientes não neutropênicos recebendo corticosteróide são de risco para patógenos poucos habituais.

12. Assinale a alternativa CORRETA relacionada com a solução de reidratação oral:

- a) - Tem 50 mEq/l de potássio para repor as grandes perdas de potássio que ocorrem na diarreia.
- b) - As soluções com 90 mEq/l de sódio apresentam as mesmas concentrações de sódio das fezes diarreicas e corrigem mais rapidamente a desidratação dos recém-nascidos e lactentes jovens.
- c) - A absorção do sódio pela mucosa intestinal é relacionada com a absorção da glicose contida na fórmula.
- d) - Na diarreia aguda os mecanismos de absorção de sódio e glicose são prejudicados pela inflamação da mucosa intestinal, daí a necessidade de se administrar a fórmula com concentrações elevadas de sódio e glicose.
- e) - A desidratação decorrente das diarreias virais é mais facilmente tratada com as soluções de reidratação oral do que a desidratação decorrente das diarreias bacterianas

## **CADERNO DE PROVA**

### **CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS PEDIATRIA**

13. Assinale a alternativa FALSA em relação à desidratação nas crianças:

- a) - A gastroenterite aguda é a causa mais frequente
- b) - Cetoacidose diabética provoca desidratação por intensa perda urinária
- c) - Taquipneia mantida e diminuição da ingestão de líquidos e alimentos em lactentes jovens podem desencadear desidratação
- d) - As condições climáticas podem influenciar fortemente o desenvolvimento da desidratação
- e) - A hipernatremia é de ocorrência frequente em lactentes e recém-nascidos e agrava os sinais de depleção do compartimento extracelular

14. Lactente de 10m de idade, 8kg e 72cm, com história de vômitos, 4 episódios/dia e diarreia com evacuações líquidas em grande volume, odor azedo, que provoca assaduras, mais de 6 vezes por dia há 2 dias, chega ao departamento de emergência trazido pela mãe, que refere que aceita bem os líquidos oferecidos, mas não aceita os alimentos. Está mais sonolento e fica irritado quando manuseado. Ao exame físico encontra-se choroso e reativo ao manuseio, afebril, saliva escassa, olhos encovados, turgor pastoso, FR 45rpm, FC 185bpm, tempo de enchimento capilar de 2 segundos, pulsos periféricos presentes, PA 75 x 48mmHg, abdome globoso com tensão levemente aumentada e RHA presentes.

Das hipóteses abaixo relacionadas, quais os diagnósticos clínicos prováveis?

- a) - Síndrome diarreica aguda e desidratação leve/moderada
- b) - Síndrome diarreica aguda e choque hipovolêmico compensado
- c) - Síndrome diarreica aguda e choque séptico
- d) - Síndrome diarreica aguda sem desidratação
- e) - Síndrome diarreica aguda e choque hipovolêmico descompensado

## CADERNO DE PROVA

### CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS PEDIATRIA

15. A classificação clínica das hiponatremias relaciona-as ao estado volêmico existente. As hiponatremias hipovolêmicas são as mais frequentes e têm causas diversas. Qual das seguintes alternativas em relação às hiponatremias hipovolêmicas é correta?

- a) - Na apresentação inicial das hiponatremias hipovolêmicas secundárias a perdas gastrintestinais a concentração de sódio urinária estará elevada e a diurese diminuída
- b) - Na apresentação inicial das hiponatremias hipovolêmicas secundárias ao uso de diuréticos de alça a concentração de sódio urinária estará diminuída e a diurese aumentada
- c) - Na apresentação inicial das hiponatremias hipovolêmicas secundárias a perdas gastrintestinais a concentração de sódio urinária estará baixa e a diurese diminuída
- d) - Na apresentação inicial das hiponatremias hipovolêmicas secundárias às acidoses tubulares renais proximais a concentração de sódio urinária estará aumentada e a diurese diminuída
- e) - A demora na correção das hiponatremias hipovolêmicas pode desencadear a síndrome de desmielinização osmótica

16. Os distúrbios osmolares têm relevância clínica e epidemiológica, pois são de ocorrência relativamente frequente na prática clínica com gravidade variável, desde distúrbios leves até quadros letais. Em relação a estes distúrbios é falso afirmar:

- a) - O sódio é o principal cátion do compartimento extracelular (CEC) e, por esta razão, é o principal determinante do volume deste compartimento
- b) - A velocidade de instalação dos distúrbios osmolares é fator determinante na presença e intensidade dos sintomas relacionados aos distúrbios
- c) - A rápida correção dos distúrbios osmolares pode desencadear complicações neurológicas de difícil manejo clínico
- d) - Em estados hiperosmolares secundários à elevação dos níveis glicêmicos ocorre diminuição da concentração sérica de sódio (1,6mEq/l de sódio para cada aumento de 100mg/dl de glicose) por mecanismo de diluição do CEC por deslocamento de água do intra para o extracelular
- e) - A perda de solutos intracelulares, potássio e outros osmóis intracelulares, é o mecanismo de compensação mais rápido que ocorre no SNC para compensar a diminuição da osmolalidade do CEC

## CADERNO DE PROVA

### CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS PEDIATRIA

17. O traumatismo cranioencefálico (TCE) representa mais de 35% das hospitalizações de indivíduos abaixo de 20 anos de idade, sendo os acidentes de trânsito, as quedas e as agressões, as causas mais comuns de TCE. No que se refere à TCE qual a afirmativa correta?

- a) - O tratamento do hematoma subdural é clínico, e sua evolução caracteriza-se por deterioração neurológica leve.
- b) - O uso profilático de anticonvulsivantes está indicado para pós-operatório de tumores supratentoriais e quando há história de convulsão anterior.
- c) - A hiperventilação tem papel central no controle da hipertensão intracraniana (HIC), sendo terapia de primeira linha no tratamento do quadro, independentemente da sua causa.
- d) - Em caso de hipertensão intracraniana (HIC), deve-se evitar a hipotermia a todo custo, pois a hipertermia (39 graus), e considerada opção terapêutica de segunda linha em casos de HIC refratária por desidratar cérebro
- e) - O tratamento com corticosteróides em TCE grave é indicado para diminuir o edema cerebral.

18. A droga de primeira escolha indicada no tratamento da taquicardia supraventricular com instabilidade hemodinâmica em crianças é:

- a) - adrenalina
- b) - adenosina
- c) - milrinona
- d) - verapamil
- e) - digoxina

19. Durante a facilitação da intubação traqueal de um paciente vítima de TCE grave, com sinais clínicos de hipertensão intracraniana, deve-se evitar o uso da seguinte droga:

- a) - cetamina
- b) - rocurônio
- c) - midazolam
- d) - lidocaína
- e) - fentanil

## CADERNO DE PROVA

### CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS PEDIATRIA

20. Lactente de 6 meses, eutrófica, apresenta há 1 semana diarreia líquida com sangue e muco, 6 episódios/dia, acompanhada de vômitos e febre de 38,5 0C. Há 2 dias está mais irritada. Ao exame: hipocorada 3+/4+, hidratada, anictérica, acrocianose, FC = 136 bpm, FR = 42 irpm, febre de 38,5 0C. Ausculta cardíaca e pulmonar sem alterações. Abdome pouco distendido, peristalse aumentada. Pele: lesões petequiais em abdome e membros. Foram realizados os seguintes exames: Ht = 23%, Hb = 7,2 mg/dl, leucócitos 26000/mm<sup>3</sup> 0/0/0/0/10/ 64/23/3, plaquetas 98000/mm<sup>3</sup>, reticulócitos 15%, sódio =132mEq/L, potássio = 5,2 mEq/L, pH 7,3 / PCO<sub>2</sub> 32 / PO<sub>2</sub> 46 / HCO<sub>3</sub> 16 / BE -8 / Sat 90%, uréia = 96, creatinina =1,5, glicemia = 76 mg/dl. O diagnóstico mais provável é:

- a) - leucemia;
- b) - doença celíaca;
- c) - diarreia infecciosa;
- d) - púrpura trombocitopênica imune;
- e) - síndrome hemolítico-urêmica.

21. Quanto às intoxicações exógenas, é correto afirmar que:

- a) - na crise extra-piramidal tóxica pela metoclopramida, está indicado o uso de biperideno;
- b) - o carvão ativado faz boa ligação com lítio, ferro e álcalis;
- c) - o uso de catárticos não está contra-indicado no íleo paralítico
- d) - não são contra-indicações à lavagem gástrica: ingestão de partículas grandes ou cortantes e ingestão de cáusticos;
- e) - na intoxicação colinérgica é comum a midríase, taquicardia, pele e mucosas secas; nesses casos, a atropina é o antídoto

22. São sinais de gravidade na crise de asma, EXCETO:

- a) - fala com frases curtas;
- b) - posição semi-sentada
- c) - agitação psicomotora
- d) - consciência deprimida
- e) - retrações inter e subcostais



## CADERNO DE PROVA

### CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS PEDIATRIA

23. Sobre as obstruções respiratórias altas, é correto afirmar que:

- a) - a laringotraqueobronquite viral aguda é causa pouco frequente de obstrução respiratória alta em crianças. Geralmente tosse, febre e coriza antecedem o quadro obstrutivo. Sua instalação é insidiosa;
- b) - a epigloteite é uma causa grave de obstrução respiratória alta por sua evolução rápida. Geralmente o paciente está febril e toxêmico, tem sialorréia e disfagia. A radiografia pode auxiliar no diagnóstico mostrando caracteristicamente a imagem em “ponta de lápis” ou “chama de vela”;
- c) - na suspeita de obstrução por corpo estranho, está indicada a radiografia da região cervical e de tórax em inspiração e expiração. Se a localização do corpo estranho é infra-glótica, a retirada deve ser feita por endoscopia, pois manobras desobstrutivas podem agravar o grau de obstrução;
- d) - a manobra de Heimlich pode ser usada no caso de obstrução por corpo estranho de localização supra-glótica, em crianças de qualquer idade, desde que conscientes;
- e) - a traqueíte bacteriana é um quadro agudo, auto-limitado, de evolução benigna cujo principal diagnóstico diferencial é com a laringotraqueobronquite viral.

24. Diante de uma criança em cetoacidose diabética, na sexta hora de tratamento, que agora está hidratada e com diurese de 2mL/kg/hora, tem glicemia = 82 mg/dl, pH = 7,2, HCO<sub>3</sub> = 10 mEq/L e K<sup>+</sup> sérico = 5 mEq/L. Sabendo-se que ela estava com infusão de insulina regular intravenosa de 1U/hora, soro glicosado a 2,5% e potássio 20 mEq/L, a melhor conduta é:

- a) - manter a infusão de insulina, a hidratação venosa e a reposição venosa de potássio em 20 mEq/L;
- b) - manter a infusão de insulina, a hidratação venosa, a reposição venosa de potássio em 20 mEq/L e fazer reposição de bicarbonato de sódio a 8,4%, 1mEq/Kg, em 2 horas;
- c) - suspender a infusão venosa de insulina, passando-a para a via sub-cutânea e manter a hidratação venosa;
- d) - diminuir a infusão de insulina para 0,5U/hora e retirar o potássio da hidratação venosa;
- e) - manter a infusão de insulina, aumentar a concentração do soro glicosado para 5% e manter a reposição venosa de potássio em 20 mEq/L.

## CADERNO DE PROVA

### CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS PEDIATRIA

25. O tratamento clínico do traumatismo raquimedular deve obrigatoriamente incluir nas primeiras 8 horas o uso de:

- a) - furosemida;
- b) - tenoxicam;
- c) - midazolam;
- d) - profenide;
- e)- metilprednisolona

26. Na criança com insuficiência renal aguda muitas vezes é difícil determinar se a azotemia ou oligúria são secundárias à depleção de volume ou a dano de parênquima renal. Qual dos parâmetros abaixo pode ser utilizado no diagnóstico diferencial entre estas duas condições?

- a) Aumento desproporcional da ureia em relação à creatinina sérica no caso da azotemia pré-renal.
- b) Aumento desproporcional da creatina em relação à ureia plasmática.
- c) Excreção fracionada de sódio maior do que 1% no caso da azotemia pré-renal.
- d) Urina hipotônica no caso da azotemia pré-renal.
- e) Baixa concentração de sódio urinário no caso de lesão parenquimatosa renal.

27. Em relação às alterações laboratoriais encontradas nos pacientes com quadro de cetoacidose diabética é correto afirmar que:

- a) A hipernatremia está comumente presente sendo secundária ao quadro de desidratação.
- b) O potássio sérico medido pode estar normal ou elevado, mas o potássio sérico corporal total usualmente está diminuído.
- c) Os níveis de glicemia são superiores a 250mg/dl, mas nunca ultrapassam valores acima de 500mg/dl.
- d) A amilase sérica elevada sempre é sugestivo de pancreatite nos casos pediátricos de cetoacidose diabética.
- e) Leucocitose com desvio para a esquerda é indicativo de infecção, sendo necessário o início imediato de antibiótico.

## CADERNO DE PROVA

### CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS PEDIATRIA

28. Criança de 4 anos de idade internada em unidade de terapia intensiva para tratamento de sepse estafilocócica, apresenta subitamente hipotensão arterial, taquicardia com frequência de 230 bpm, pulsos finos e pele fria. No monitor observa-se o seguinte traçado eletrocardiográfico:



Como podemos classificar esta taquicardia e qual o tratamento adequado?

- a) Ventricular, administrar lidocaína 1mg/kg IV em bolus.
- b) Supraventricular, administrar adenosina 0,1mg/kg IV em bolus.
- c) Supraventricular, administrar procainamida 15 mg/kg IV em 30 minutos.
- d) Sinusal, conduta conservadora.
- e) Ventricular, realizar cardioversão elétrica com 10J/Kg.

29. Lactente, previamente hígido, de 6 meses de idade apresenta há 5 dias quadro de cansaço às mamadas, taquipnéia com retração subcostal e intercostal, perfusão capilar periférica lentificada, ritmo cardíaco regular sem sopros, murmúrio vesicular audível com estertores subcrepitantes bibasais. Mãe refere que há 1 semana a criança tórax que mostrou área cardíaca bastante aumentada ecocardiograma que mostrou disfunção grave de ventrículo esquerdo. O paciente foi internado na UTI pediátrica e foi iniciado tratamento. Qual a provável causa da insuficiência cardíaca deste paciente?

- a) Bronquiolite.
- b) Miocardite viral.
- c) Choque séptico.
- d) Persistência do canal arterial.
- e) Pneumonia bacteriana.

30. Qual a propedêutica adequada diante de uma criança com 3 anos de idade, em tratamento hospitalar para pneumonia bacteriana que apresenta piora da dispnéia e da febre após 72 horas de tratamento adequado?

- a) Radiografia de tórax.
- b) Tomografia computadorizada de tórax.
- c) Colher hemocultura e substituir o antimicrobiano.
- d) Indicar broncoscopia para colheita de secreção pulmonar.
- e) Solicitar ecocardiograma.

## CADERNO DE PROVA

### CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS PEDIATRIA

31. Sobre a acidose metabólica, é correto afirmar, EXCETO:
- a) Nas emergências, a correção com bicarbonato pode se feita de forma mais rápida uma vez que não implica efeitos adversos.
  - b) Pode ocorrer acidose metabólica grave devido à baixa excreção de ácidos como, por exemplo, nos casos de acidose tubular renal.
  - c) Os sinais mais frequentes são taquipnéia, hiperpnéia e depressão miocárdica.
  - d) O exame mais importante para a definição do tratamento é a gasometria.
  - e) Nas diarreias agudas o anion-gap costuma ser normal e o cloro aumentado
32. Quais os principais agentes etiológicos virais de diarreia aguda em crianças?
- a) Escherichia coli, Shigella sp e Campylobacter jejuni.
  - b) Yersinia enterocolítica, Staphylococcus aureus e Bacillus cereus.
  - c) Vibrio cholerae, Clostridium e Escherichia coli.
  - d) Giardia lamblia, Entamoeba histolytica e Staphylococcus aureus.
  - e) Rotavírus, Adenovírus, Astrovírus, Norovírus e Sapovírus.
33. Mãe leva à consulta menino de dois anos com febre alta há sete dias, prostrado e inapetência. Ao exame físico encontra-se com edema palpebral, petéquias no palato, exsudato amigdaliano, linfonodomegalia submandibular e cervical de consistência firme, hepatomegalia (fígado palpável a 3 cm do rebordo costal D) e esplenomegalia (baço a 2 cm do rebordo costal E). Qual o exame laboratorial mais indicado e a hipótese diagnóstica mais provável para confirmação do diagnóstico?
- a) Aspirado de medula óssea – Leucemia linfóide aguda.
  - b) Sorologia para vírus Epstein Baar – Mononucleose infecciosa.
  - c) Pesquisa de anticorpos heterófilos para EBV – Mononucleose infecciosa.
  - d) Teste rápido para estreptococo do grupo A – Faringoamigdalite estreptocócica.
  - e) Antiestreptolisina O – Faringoamigdalite estreptocócica.

## CADERNO DE PROVA

### CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS PEDIATRIA

34. Mãe leva filho de sete anos à consulta relatando que subitamente tornou-se pálida e icterícia. Teve diagnóstico de hepatite por duas ocasiões anteriores com quadro clínico similar, porém não sabe informar qual o vírus que a ocasionou. Ao exame físico palidez de pele e mucosa moderada, icterícia de escleras, FC 120 bpm, baço a 5 cm da borda costal esquerda de consistência normal. Qual a alternativa que apresenta a hipótese diagnóstica mais provável e a conduta mais adequada para o caso?
- a) Esferocitose – Solicitar hemograma, contagem de reticulócitos e prova de fragilidade osmótica e encaminhar ao hematologista.
  - b) Talassemia – Solicitar hemograma, contagem de reticulócitos e dosagem de hemoglobina A2 e encaminhar ao hematologista.
  - c) Hepatite crônica – Solicitar provas bioquímicas, sorologia e encaminhar ao hepatologista.
  - d) Anemia hemolítica autoimune – Solicitar hemograma, contagem de reticulócitos e retornar em uma semana.
  - e) Hepatite autoimune – Solicitar hemograma, contagem de plaquetas, dosagem sérica de transaminase e bilirrubina e encaminhar ao hepatologista.
35. Qual dentre os vírus abaixo, mais frequentemente causa miocardite:
- a) Parainfluenza.
  - b) Enterovírus.
  - c) Rubéola.
  - d) Varicela Zoster.
  - e) Influenza B.
36. O que se pode afirmar em relação às convulsões febris?
- a) São crises convulsivas periódicas sendo mais frequentes na faixa etária de 17 a 23 meses, provocada por febre baixa, e geralmente surge após as 24h, de origem extraneurológica em crianças que nunca tiveram convulsão em apirexia.
  - b) São crises convulsivas ocasionais, sendo mais frequente em crianças do sexo feminino na faixa etária de 1 a 36 meses, provocada por febre de origem extraneurológica em crianças que já tiveram convulsão em apirexia.
  - c) São crises convulsivas periódicas, sendo mais frequente na faixa etária de acima 36 meses, provocada por febre de origem extraneurológica, na dependência de susceptibilidade individual não determinada geneticamente.
  - d) São crises convulsivas ocasionais, que podem ocorrer de 6 meses a 5 anos de idade mais frequente na faixa etária de 17 a 23 meses, provocada por febre de origem extraneurológica em crianças que nunca tiveram convulsão em apirexia.
  - e) São crises convulsivas ocasionais, sendo mais frequente em crianças do sexo feminino, iniciadas na faixa etária de 2 a 36 meses, provocada por febre de origem extraneurológica em crianças que já tiveram convulsão em apirexia.

## CADERNO DE PROVA

### CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS PEDIATRIA

37. Mãe traz filho de seis meses de idade para consulta relatando febre há seis dias, com temperatura variando no período de 24 horas entre 38 C e 39,5 C, acompanhados de tremores de frio. A mãe refere estar usando dipirona e paracetamol de forma alternada durante os picos febris. Após anamnese e exame físico minucioso não se encontrou nenhuma anormalidade. Julgue as afirmativas como verdadeiras (V) ou falsas (F):

( ) A hemocultura deve ser considerada para investigação de bacteremia oculta para iniciar tratamento após o resultado

( ) O quadro pode ser caracterizado como febre de origem indeterminada na quais estudos na faixa etária pediátrica demonstram as causas infecciosas como principal etiologia.

( ) Em lactentes abaixo de 24 meses com febre sem foco aparente, com temperatura que atingem 39,5 C associado a tremores de frio, compreendido como sinais de alerta. Se o hemograma tiver leucometria acima de 22000 com PCR elevado pode ser indicado o uso de antibioticoterapia empírica com ceftriaxone

( ) No que se refere à evolução, a febre descrita acima é considerada contínua por expressar variação entre a temperatura máxima e mínima nas 24 horas, inferior a 1 grau Celsius.

( ) Hemograma, velocidade de hemossedimentação (VHS), proteína C reativa, sumário de urina e urocultura são exames complementares indicados na investigação do quadro febril.

A sequência correta é:

a) F,V,V,F,V.

b) F,V,F,V,F.

c) F,V,F,V,V.

d) V,V,V,V,V.

e) F,F,V,V,V.

38. Com relação ao algoritmo de Suporte Básico de Vida em pacientes pediátricos:

a) A primeira medida a ser tomada após a constatação da parada cardiorrespiratória é a administração de drogas vasopressoras

b) Durante a realização das manobras de RCP por um socorrista deve ser mantida a proporção de 30 compressões cardíacas para 2 ciclos de ventilação

c) O serviço de atendimento de urgências só deve ser acionado se após 10 minutos de reanimação não houver retorno da atividade cardíaca

d) As compressões cardíacas devem ser mantidas a um ritmo sempre inferior a 100 por minuto para otimizar o débito cardíaco

e) Esta indicada como prioridade o uso do DEA principalmente em pacientes abaixo de 7 anos

## CADERNO DE PROVA

### CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS PEDIATRIA

39. Criança com débito urinário  $< 0,5\text{ml/kg/h}$  por 16 horas. De acordo com os critérios pRIFLE, assinale a alternativa que apresente a melhor forma de classificação.
- a) Risco para lesão renal.
  - b) Lesão renal.
  - c) Falência da função renal.
  - d) Perda da função renal.
  - e) Doença Renal terminal.
40. Quanto a Reanimação Cardiopulmonar em pediatria
- a) Para avaliar a circulação deve se palpar o pulso femoral em crianças acima de 1 ano e o carotídeo em lactentes
  - b) Se a frequência cardíaca for menos que 80 batimentos por minuto devem ser iniciadas as compressões torácicas
  - c) As compressões torácicas devem ser rápidas correspondendo no mínimo a 140 bat/min
  - d) As compressões torácicas com dois reanimadores abaixo de 1 anos devem ser na proporção de 15 compressões para 2 ventilações
  - e) No período neonatal a proporção de compressões torácicas e ventilação são de 5:1
41. O que não é indicativo de alerta em relação à linfonomegalia?
- a) Localização supraclavicular.
  - b) Presença de sinais flogísticos.
  - c) Linfonodos aderidos aos tecidos circundantes.
  - d) Febre persistente de causa não esclarecida.
  - e) Linfonodos endurecidos.
42. Em relação aos sopros inocentes, assinale a alternativa CORRETA:
- a) Podem determinar frêmito em algumas crianças com biótipo longilíneo
  - b) Os diastólicos são mais raros e são mais audíveis na área mitral
  - c) A manobra da campânula é útil para identificar o sopro de Still, principalmente em crianças menores, as quais ainda não sentam ou ficam em posição ortostática, mas pode ser utilizada em todas as faixas etárias
  - d) O sopro supraclavicular é muito comum, contínuo e audível na fúrcula
  - e) O sopro venoso está presente somente quando a criança está deitada em decúbito dorsal

## CADERNO DE PROVA

### CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS PEDIATRIA

43. Assinale a opção CORRETA em relação à semiologia cardiovascular em pediatria:
- a) A presença de B3 deve ser sempre considerada como sinal de alerta, pois é um dado de ICC incipiente, principalmente em escolares.
  - b) O desdobramento fisiológico da B2 na área pulmonar é caracterizado pelo desdobramento na expiração e pela bulha única na inspiração
  - c) A B4 é considerada fisiológica quando é intermitente e a frequência cardíaca está normal para a idade
  - d) Os estalidos protossistólicos estão relacionados diretamente às valvas mitral e tricúspide
  - e) A B1 desdobrada é sempre patológica e associada com cardiopatias complexas
44. A comunicação interventricular (CIV) é a cardiopatia congênita mais frequente na prática clínica, e pode estar associada com vários aspectos. Assinale a opção CORRETA:
- a) Quando apresenta repercussão hemodinâmica, uma das complicações, que pode ser evolutiva e grave, é a hipertensão arterial pulmonar.
  - b) O sopro diastólico na área mitral, audível naquelas que têm maior diâmetro, é um indicativo clínico de melhor prognóstico, pois denota que não há um volume de retorno pulmonar significativo.
  - c) Todas as CIVs têm indicação de fechamento, pois mesmo as mínimas podem determinar complicações graves em longo prazo, mesmo que sejam apicais.
  - d) O sopro característico das CIVs pequenas ou mínimas já é audível imediatamente ao nascimento, já na sala de parto, o que facilita o diagnóstico.
  - e) A segunda bulha hiperfonética na área pulmonar, em recém-nascidos e lactentes, é um sinal clínico de má-posição dos grandes vasos, associado com a CIV.
45. Assinale a alternativa CORRETA em relação à Comunicação Interatrial (CIA):
- a) A mais comum, em prevalência, é a do tipo seio venoso, bem próxima da desembocadura da veia cava superior.
  - b) O “shunt” que se estabelece, em condições normais, é do átrio direito para o átrio esquerdo.
  - c) O sopro diastólico que pode ser auscultado na área tricúspide é um achado que indica que a CIA está muito próxima da valva tricúspide
  - d) O sopro sistólico de ejeção, que pode ser audível na área pulmonar, é decorrente da presença de estenose pulmonar valvar, sempre associada com esta anomalia.
  - e) Os sintomas e sinais são muito sutis e podem passar despercebidos por muitos anos



## CADERNO DE PROVA

### CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS PEDIATRIA

46. A Persistência do Canal Arterial (PCA) é uma cardiopatia congênita também frequente, que apresenta características semiológicas bem distintas, quando sem complicações associadas, de outras cardiopatias que cursam com congestão pulmonar. Assinale a opção que contempla estas diferenças:

- a) Cianose nos membros inferiores e pulsos assimétricos
- b) Sopro diastólico e pulsos finos
- c) Ictus de ventrículo direito e sopro diastólico discreto na área tricúspide
- d) Pulsos amplos e sopro contínuo na região infraclavicular esquerda
- e) Pulsos assimétricos e ausência de sopros, pois as pressões no território sistêmico e pulmonar se equalizam em todos os casos.

47. Em relação à Transposição das Grandes Artérias (TGA), assinale a opção CORRETA:

- a) É a cardiopatia cianogênica mais frequente no recém-nascido, e sua manifestação clínica mais habitual é por ICC.
- b) Uma das características desta cardiopatia é sua rica semiologia, o que facilita em muito seu diagnóstico.
- c) O ECG é uma ferramenta essencial ao diagnóstico, pois apresenta traçado patognomônico.
- d) O que permite a sobrevivência da criança é a presença de um forame oval patente de bom diâmetro, ou de uma CIA, que muito frequentemente deve ser providenciada por meio de uma atRIOseptostomia percutânea.
- e) Seu prognóstico é muito ruim, mesmo com o desenvolvimento de novas técnicas cirúrgicas.

48. Quanto à Coarctação da Aorta (CoAo), assinale a alternativa CORRETA:

- a) Ela só ocorre em recém-nascidos
- b) Um dos achados no exame físico, e que é fundamental para seu diagnóstico, é a presença de pulsos finos nos quatro membros.
- c) Nunca ocorre ICC porque o defeito está localizado na aorta e não no coração propriamente
- d) Pode ocorrer hipertensão arterial nos membros superiores e hipotensão nos membros inferiores
- e) Sempre tem sopro e bem característico nestes pacientes

## **CADERNO DE PROVA**

### **CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS PEDIATRIA**

49. Os “Defeitos do Septo Atrioventricular (DSAV)” constituem um grupo de cardiopatias que podem cursar com hiperfluxo pulmonar. Assinale abaixo a opção CORRETA:
- a) São lesões muito prevalentes em pacientes com Síndrome de Down
  - b) Raramente evoluem com hipertensão arterial pulmonar, mesmo aquelas com grande repercussão hemodinâmica.
  - c) À ausculta detecta-se achados muito evidentes e que permitem facilmente seu diagnóstico
  - d) Não há tratamento cirúrgico muito efetivo, e os pacientes operados ainda evoluem com sintomas muito importantes e limitantes.
  - e) Ao raio-X de tórax a morfologia do coração pode ser patognomônica
50. Assinale a alternativa CORRETA em relação à Tetralogia de Fallot:
- a) Todos os componentes da cardiopatia são defeitos estruturais
  - b) Há uma predisposição potencial a crises hipoxêmicas quando presente estenose infundibular
  - c) A CIV é sempre muscular
  - d) O sopro é de regurgitação pois sempre é a CIV que determina o turbilhonamento audível
  - e) A anatomia é sempre muito homogênea, por isso a cirurgia pode ser postergada para o 2º ou 3º ano de vida em todos os pacientes