

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/mm³ (basófilos 0%, eosinófilos 5%, bastões 2%, segmentados 51%, linfócitos 40%, monócitos 2%); plaquetas 19.000/mm³; 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 O₂
- b) spray com espaçador e bocal/nebulização com O₂
- 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/mm³ 0/0/0/0/10/ 64/23/3, plaquetas 98000/mm³, reticulócitos 15%, sódio =132mEq/L, potássio = 5,2 mEq/L, pH 7,3 / PCO₂ 32 / PO₂ 46 / HCO₃ 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, HCO₃ = 10 mEq/L e K⁺ 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.

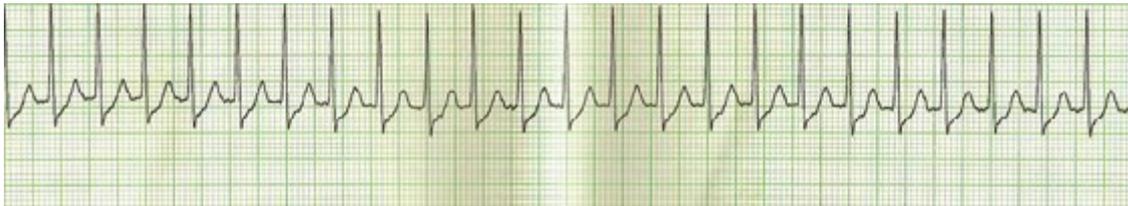
27. Em relação às alterações laboratoriais encontradas nos pacientes com quadro de cetoacidose diabética é correto afirmar que:

- 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 dispneia 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 atinge 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 linfonodomegalia?
- 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