

NOME

INSCRIÇÃO

SALA

LUGAR

DOCUMENTO

DATA DE NASC

ESPECIALIDADE

PROVA DE TESTES – PEDIATRIA

ASSINATURA DO CANDIDATO

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

Faculdade de Ciências Médicas

RESIDÊNCIA MÉDICA 2015

Concurso de Admissão - 2015

Prova de Testes de Múltipla Escolha (16/11/2014)

PEDIATRIA



UNICAMP

COREME / FCM / COMVEST

INSTRUÇÕES AOS CANDIDATOS

- Verifique se este caderno contém um total de 50 questões, numeradas de 1 a 50. Caso contrário, solicite ao fiscal da sala outro caderno completo.
- As duas provas terão duração de 4 **horas**, incluindo o tempo para preenchimento da folha de resposta.
- Cada candidato receberá uma folha de respostas, que deverá ser devidamente assinada e preenchida com **caneta esferográfica preta**.
- As folhas de respostas deverão permanecer sem qualquer sinal de dobra ou amassado.
- Não deixe questões sem resposta. Não será permitido o uso de celulares, calculadoras e outros equipamentos eletrônicos.
- **Preencha apenas uma letra (alternativa) para cada questão. Mais de uma resposta anulará a questão.**
- Observe que todas as respostas devem estar marcadas em **preto**, não cinza.
- O candidato só poderá sair após 2 horas do início da prova.
- Somente será permitida a saída de um candidato da sala de exames quando acompanhado por um fiscal.
- As folhas de respostas que não forem entregues após **4 horas** do início da prova serão recolhidas.
- O caderno de prova **deverá ser entregue** ao final da prova, sugerimos que reserve alguns minutos da prova para copiar o gabarito na folha recebida, para posterior conferência com o gabarito oficial.
- **As provas e o gabarito oficial da prova de testes de múltipla escolha** serão divulgados às **19h00minh do dia 16/11/2014**, pela **internet** nos **site** ***<http://www.fcm.unicamp.br/fcm/residencias-em-saude>***.
- **BOA PROVA**

1. Menina de 9 anos portadora de diabetes mellitus tipo 1 (DM1) faz uso de insulinas de ação prolongada (NPH) e rápida (regular) com bom controle da doença (HbA1C entre 5 e 6). Sua estatura e peso estavam na média até a 1 ano. No último ano cresceu apenas 1 cm e manteve o peso. Segundo a mãe, tem tido inapetência, quadros mais frequentes de hipoglicemia, apesar de ter diminuído a dose de insulina, e episódios de diarreia. Das medidas abaixo, qual **NÃO** deveria ser realizada neste momento?

- a. Modificar a insulinização desta paciente, optando-se por outros tipos de insulina mais atuais.
- b. Indicar a investigação de doença celíaca, iniciando com a pesquisa de anticorpos anti-endomísio.
- c. Indicar a investigação de doença tireoidiana, iniciando a investigação com a pesquisa de anticorpos antitireoidianos e a dosagem de TSH e T4 livre.
- d. Indicar a investigação de insuficiência adrenal primária, iniciando a investigação com as dosagens de ACTH e cortisol

2. A alternativa **CORRETA** que representa a causa mais comum da Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS) em crianças é:

- a. Hipertrofia/hiperplasia de amígdalas e adenoides que, quando removidas, promovem uma melhora da SAOS.
- b. Rinite alérgica que quando adequadamente tratada promove uma melhora da SAOS.
- c. Obesidade que quando adequadamente corrigida promove uma melhora da SAOS.
- d. Síndromes genéticas com maior complacência da via aérea superior, obesidade e macroglosia.

3. RNT/AIG vem sendo acompanhado na UBS. Peso ao nascer de 3080 g. Apgar de 8 e 10. Evoluiu bem nas primeiras 72 horas de vida quando teve alta da maternidade com icterícia ++. Na segunda consulta na UB com 25 dias de vida mãe não refere qualquer queixa. RN está sendo amamentado exclusivamente. O peso nesse dia é de 3480 g e mantém icterícia ++. Considerando as informações acima a alternativa **CORRETA** para este caso é:

- a. É recomendável realizar dosagem de BT e frações, TSH e T4 livre.
- b. A hipótese mais provável é icterícia do seio materno e nenhum exame é necessário.
- c. A hipótese de galactosemia deve ser pensada já que RN não ganhou peso adequadamente.
- d. A hipótese de icterícia por deficiência de G6PD é uma das possibilidades para justificar esse quadro.

4. Paciente do gênero masculino, oito anos de idade é vítima de traumatismo cranioencefálico, sendo prontamente intubado, prescrito manitol e hiperventilado. Recebe o diagnóstico de Síndrome de Cushing. Para esta síndrome é **CORRETO** afirmar que três achados estão presentes:

- a. Taquicardia, bradipneia e hipotensão arterial
- b. Bradicardia, taquipneia e hipertensão arterial
- c. Taquicardia, taquipneia e hipotensão arterial
- d. Bradicardia, bradipneia e hipertensão arterial

5. Sobre a Artrite Idiopática Juvenil Sistêmica assinale a alternativa **INCORRETA**:

- a. É uma doença que cursa com artrite e picos febris diários, acompanhados frequentemente de exantema maculo papular.
- b. Por se tratar de doença autoimune é comum a presença de FAN e FR positivos, bem como outros autoanticorpos.
- c. É comum a presença de hepatoesplenomegalia, linfomegalia e elevação de provas inflamatórias de fase aguda. Podem ocorrer também serosites, o que indica o uso de corticosteroides via oral ou endovenosa conforme a gravidade do caso.
- d. Pode ser acompanhada por síndrome de ativação macrofágica, que é uma condição grave e potencialmente fatal.

6. Mãe chega ao consultório do pediatra contando que o filho de 7 anos, desde os 4 anos de idade, tem diarreia diariamente, sempre no início da noite, acompanhada de dor abdominal em cólica de forte intensidade e fezes explosivas. Já fez vários cursos de mebendazol sem sucesso. O diário alimentar revela que a criança não toma café da manhã, almoça na escola e ao chegar a casa às 17:00 toma um copo de leite ou um pote de iogurte ou pão com requeijão. Nega rinite, asma, dermatite ou outros fenômenos alérgicos. Nega outras queixas. Antecedentes familiares negativos para atopia. Exame físico sem alterações, peso e altura normais para idade. Quanto a este quadro, a alternativa **CORRETA** para a primeira hipótese a ser aventada é:

- a. Doença Celíaca
- b. Intolerância à lactose
- c. Alergia à Proteína do Leite de Vaca
- d. Giardíase

7. Menino, 10 anos, retorna para consulta de rotina. Mãe refere que há um ano ficou internado com diagnóstico de pericardite (sic). Refere que recebeu alta e evoluiu bem, pois tinha pouca “água” no coração. No momento do diagnóstico a ausculta mais provável seria:

- a. Ruído audível em borda esternal esquerda e fúrcula, suave, lembra um assobio, varia de 1+ até 4+.
- b. Sopro audível em precórdio, irradiado para axila esquerda e dorso, ejetivo, acompanhado de um estalido.
- c. Ruído em arranhadura, tanto na sístole quanto na diástole, na borda esternal esquerda, que não desaparecia com a apneia e aumentava com a pressão do estetoscópio, com a inclinação do tórax para frente e à expiração profunda.
- d. Sopro audível no pescoço, que diminui quando se comprime as veias jugulares e na posição deitado.

8. Menino de 2 anos de idade apresenta episódios recorrentes de resfriado comum, 4 otites no último ano e duas amigdalites; tem também quadro de rinite alérgica e dermatite atópica leve. Antecedente de um episódio de pneumonia aos 15 meses, tratado com antibiótico por via oral. O pediatra solicitou dosagem de imunoglobulinas séricas, que mostrou os seguintes resultados: IgA: 7,5 (33-308), IgG: 1020 (630-2000), IgM: 114 (24-276) e IgE: 98 (<60). Quanto a este caso, assinale a alternativa

CORRETA:

- a. Trata-se de criança com deficiência transitória de IgA, com resolução espontânea e obrigatória até os 4 anos de idade.
- b. Trata-se de deficiência seletiva de IgA, que acompanhará esta criança por toda vida.
- c. Trata-se de criança atópica, com imaturidade do sistema imunológico, não sendo adequado utilizar o termo deficiência de IgA.
- d. Trata-se de deficiência de IgA, que só poderá ser definida como transitória ou seletiva após os 4 anos de idade.

9. Em relação à “acanthose nigricans”, podemos afirmar que:

- a. É mais frequente em obesos e está associada à dislipidemia
- b. Quando presente indica tratamento medicamentoso
- c. É um sinal da síndrome do ovário policístico
- d. É mais frequente em brancos

10. Dois irmãos adolescentes procuram o Pediatra para saber por que a altura entre eles é muito diferente. A menina (F) com 18 anos, menarca há 5 anos, já parou de crescer a 2 anos, está com 162 cm, e o menino (M) com 20 anos, também já parou de crescer a 2 anos, está com 175 cm. A mãe deles tem 157 cm e o pai 180 cm.

Assinale a alternativa **CORRETA:**

- a. As alturas de M e F foram as esperadas de acordo com a altura dos pais.
- b. A altura de M foi abaixo da esperada para a altura dos pais.
- c. A altura de F foi acima da esperada para a altura dos pais.
- d. Não era esperada uma diferença tão grande entre as alturas finais de dois irmãos.

11. Considere um casal que tem um filho homocigoto para a mutação deltaF-508 no gene CFTR (*Cystic Fibrosis Transmembrane Regulator*). A alternativa **CORRETA** que representa a chance deste casal ter um filho com fibrose cística numa segunda gravidez é:

- a. 5%
- b. 25%
- c. 15%
- d. 50%

12. Criança de 3 anos de idade com história de amigdalites, otites e pneumonias de repetição (4 episódios) vai ao pediatra com história de febre alta há 1 dia, queda do estado geral e tosse com expectoração amarelada. Ao exame físico: Peso e altura normal para a idade; perfusão de 2 segundos, FR: 18 rpm, sem sinais de dispneia. Rx de Tórax com opacidade heterogênea segmentar direita. O hemograma mostra: Hb: 12; 320.000 plaquetas e 8.000 leucócitos (4% neutrófilos; 20% linfócitos; 5% eosinófilos). Somente com estas informações é **CORRETO** inferir que:

- a. Estes dados indicam que o paciente pode ser tratado com antibioticoterapia via oral no domicílio, sem risco.
- b. Os antecedentes patológicos deste paciente não são relevantes para o tratamento e acompanhamento ambulatorial posterior deste paciente.
- c. O paciente deve ser obrigatoriamente internado para antibioticoterapia endovenosa e acompanhamento clínico rigoroso.
- d. O paciente pode receber tratamento com antibioticoterapia intramuscular e retorno ambulatorial em 30 dias para reavaliação.

13. Criança de 10 anos de idade, previamente hígida, chega ao pronto socorro com história edema de membros inferiores de início há 3 dias, acompanhada de urina avermelhada e cefaleia intensa e progressiva. Há um dia vem apresentando vômitos (3 episódios). Ao exame físico: ganho de 1kg em relação ao peso habitual; sinal de Godet ++/4; BRNF s/sopros, FC: 118 bpm; FR: 28 rpm, estertores em bases pulmonares; PA: 180 x 110 mmHg; fígado no RCD, exame neurológico: sonolento, sem sinais meníngeos. Com relação a este quadro a alternativa **CORRETA** para as principais Hipóteses diagnósticas e mecanismo fisiopatológico é:

- a. Insuficiência Cardíaca Congestiva; Hipertensão Compensatória; Hipovolemia.
- b. Síndrome Nefrítica, Encefalopatia Hipertensiva, Hipervolemia
- c. Síndrome Nefrótica; Hipertensão Secundária, Hipervolemia.
- d. Insuficiência Cardíaca, Insuficiência renal, Hipovolemia.

14. Recém-nascido com quadro de icterícia foi submetido à fototerapia. Considerando-se o mecanismo que permite a esse recurso terapêutico reduzir os níveis de bilirrubina, assinale a alternativa **CORRETA**:

- a. Fotooxidação transformando a bilirrubina em uma substância lipossolúvel.
- b. Fotooxidação e aumento da excreção da bilirrubina via intestinal
- c. Fotoisomerização configuracional irreversível transformando a bilirrubina em uma substância apolar
- d. Fotoisomerização estrutural transformando a bilirrubina em uma substância polar

15. Em relação à obesidade infantil, podemos afirmar que:

- a. O IMC, por medir a quantidade de gordura, é o índice mais utilizado para diagnóstico.
- b. A bioimpedância e o DXA (Dual Energy X-ray Absorptiometry) avaliam a composição corporal.
- c. A medida das pregas cutâneas é recomendada para as crianças obesas.
- d. A medida da circunferência abdominal traz pouca informação.

16. A mãe de um menino com 2 anos e 6 meses de idade procura a Unidade Básica de Saúde, pois reparou que há 3 meses aumento peniano e pêlos na região genital de seu filho. Nega outras queixas. Ao exame físico, apresenta pêlos grossos, encaracolados em púbis e bolsa escrotal, pênis com cerca de 7 cm de comprimento com aumento do diâmetro e testículos de 2 cm³ bilateralmente. Em relação à possível etiologia da puberdade precoce, assinale a alternativa **CORRETA**:

- a. Tumor hipotalâmico produtor de GnRH.
- b. Tumor de testículo.
- c. Tumor de supra-renal.
- d. Idiopática.

17. Dentre as doenças abaixo, uma delas tem muito baixa probabilidade se apresentar com a produção volumosa de escarro purulento. Qual é a alternativa **CORRETA** para esta afirmação? :

- a. Fibrose Cística.
- b. Enfisema pulmonar.
- c. Bronquiectasias não fibrocísticas.
- d. Pneumonia aspirativa.

18. Criança de 7 anos de idade com diagnóstico de glicogenose tipo 1b desde o primeiro ano de vida, vem em acompanhamento em serviço universitário com relativo controle de episódios hipoglicêmicos. Entretanto vem apresentando nos últimos seis meses episódios recorrentes de paroníquia, foliculites e furúnculos. Neste caso assinale a alternativa **CORRETA**:

- a. A única atitude médica necessária é proceder a descontaminação do paciente e de sua família com antibiótico tópico nasal por duas semanas.
- b. Deve-se orientar à família melhorar a higiene corporal e ambiental e cortar as unhas do paciente bem curtas; não são necessárias outras medidas.
- c. Deve-se orientar melhorar a higiene e descontaminação para o paciente e sua família com antibiótico tópico nasal; outras medidas não são necessárias.
- d. Deve-se avaliar se há neutropenia associada e considerar uso de antibioticoterapia profilática e filgastrina.

19. Considere uma criança de 4 meses de vida com diagnóstico de bronquiolite viral aguda e atelectasia de lobo superior direito; FR: 60 rpm; retração subcostal e a seguinte gasometria em ar ambiente: pH: 7,26; PO₂: 85; PCO₂: 60; BIC: 20. A alternativa **CORRETA** para a interpretação da gasometria e respectiva conduta é:

- a. Acidose Metabólica; Expansão com Soro Fisiológico e Correção do Bicarbonato.
- b. Acidose Respiratória; Intubação e Ventilação Pulmonar Mecânica.
- c. Acidose Mista; Expansão com soro fisiológico; cateter de oxigênio.
- d. Acidose Respiratória; Inalação com Beta 2 de 2/2 horas e Cateter de Oxigênio.

20. Recém nascido filho de mãe HIV positiva é encaminhado para acompanhamento em serviço universitário. Neste caso a alternativa **CORRETA** é:

- a. Mães que não utilizaram medicamentos antirretrovirais na gestação ou o fizeram de forma incompleta não tem maior risco; os bebês devem receber somente AZT, da mesma forma que os bebês das mães com tratamento adequado.
- b. O teste Elisa HIV positivo para o recém-nascido indica apenas que houve passagem de anticorpos maternos para o bebê; em seis meses estes anticorpos são eliminados e, portanto deve-se repetir o exame.
- c. Não há necessidade de carga viral para o recém-nascido se a carga viral da mãe for baixa no momento do parto.
- d. O protocolo do Ministério da Saúde para avaliação da transmissão vertical consiste de Carga viral aos 30 dias de vida e 3 meses e após e teste sorológico ELISA aos 18 meses.

21. Criança de 3 anos de idade inicia há 2 dias quadro de lesões aftóides e dolorosas em língua e gengivas, acompanhada de febre baixa, inapetência, irritabilidade e fezes amolecidas 4 episódios por dia. Quanto a este quadro, a alternativa **CORRETA** para principal agente etiológico e tratamento é:

- a. Vírus Herpes tipo 2; aciclovir
- b. Adenovírus; analgésicos/antitérmicos e colutório
- c. Coxsackie vírus; analgésico/antitérmico; dieta fria fracionada
- d. Coxsackie vírus; aciclovir

22. Adolescente de 14 anos de idade, com diagnóstico de asma desde os 4 anos de idade, fez uso irregular de corticoides inalatórios inter-crise até 8 meses atrás, quando por conta própria suspendeu a medicação, mesmo apresentando sibilos esporádicos. Refere que nos últimos 6 meses vem apresentando crises asmáticas diárias, com melhora após inalação com beta 2 agonista; prurido e obstrução nasal importantes, tosse seca contínua e dispneia que piora muito a qualquer atividade física. Sono agitado e irregular. Neste caso podemos dizer que se trata de:

- a. Asma não controlada.
- b. Asma parcialmente controlada.
- c. Asma controlada com crise asmática atual.
- d. Asma e Rinite não controladas.

23. Em qual das situações abaixo que levam a puberdade atrasada, a adrenação estará atrasada ou ausente:

- a. Panhipopituitarismo e retardo constitucional do crescimento e desenvolvimento.
- b. Panhipopituitarismo e síndrome de Klinefelter.
- c. Síndrome de Klinefelter e síndrome de Turner.
- d. Síndrome de Turner e síndrome de Kallmann.

24. Entre as características clínicas das portadoras da síndrome de Turner **NÃO** é freqüente encontrar:

- a. Malformações cardíacas.
- b. Hipotireoidismo adquirido.
- c. Malformações renais e de vias urinárias.
- d. Deficiência mental.

25. Pré-escolar é atendido no posto de saúde com história de febre baixa e tosse com expectoração há mais de duas semanas. Radiografia de tórax com opacidade alveolar homogênea em lobo superior direito, mantido mesmo após antibioticoterapia adequada para pneumonia adquirida na comunidade. Pai teve tuberculose pulmonar, tendo terminado o tratamento há seis meses. Segundo o sistema de pontuação proposto pelo Ministério da Saúde para o diagnóstico de tuberculose na infância, qual é a opção **CORRETA** para o diagnóstico de tuberculose nesta criança?

- a. Está afastado.
- b. Está confirmado.
- c. É muito provável.
- d. É pouco provável.

26. Bebê de 2 meses de idade é internado por diarreia sanguinolenta e febre há 3 dias; ao exame físico detectada desnutrição proteico-calórica, candidíase mucocutânea e lesões cutâneas maculopapulares com hiperemia e descamação, principalmente em dobras. Mãe fez pré-natal adequadamente, com todas as sorologias negativas, inclusive para HIV; família de classe média, pais com boas condições de higiene no domicílio. Tem como antecedentes onfalite aos 20 dias de vida um episódio de pneumonia aos 40 dias, ambos tratados com antibioticoterapia endovenosa. Mãe conta 3 abortos espontâneos anteriores a esta gestação, de causa não determinada. No hemograma este bebê apresenta: Hb: 10,5; leucócitos: 7000 leucócitos (2.500 segmentados, 1.000 linfócitos, 200 eosinófilos) e 400.000 plaquetas. Dosagem de todas as imunoglobulinas bem abaixo do limite inferior para a idade e complemento normal para idade. Com relação ao quadro clínico apresentado, qual a alternativa representa a primeira hipótese a ser considerada e investigada do ponto de vista imunológico?

- a. Imunodeficiência Primária: Imunodeficiência Comum Variável
- b. Imunodeficiência Primária: Neutropenia Congênita
- c. Imaturidade do Sistema Imunológico: Hipogamaglobulinemia Transitória da Infância.
- d. Imunodeficiência Primária: SCID – Imunodeficiência Combinada Grave

27. Criança de 6 anos de idade chega ao pronto-socorro com história de dor abdominal há 12 horas, parada de eliminação de gases e fezes, vômito e febre. Ao exame físico: T: 38,8 oC; FC: 160 bpm; FR: 30 rpm; PA: 120 X 80 mmHg; pulsos cheios; vasodilatação periférica; perfusão de 2 segundos; abdome tenso, descompressão brusca dolorosa positiva. Exames complementares: Tomografia de abdome compatível com apendicite; hemograma com 20.000 leucócitos com 20% de bastões; gasometria com bicarbonato de 22. Para este caso qual é a alternativa

CORRETA:

- a. Trata-se de quadro de sepse associada à apendicite aguda.
- b. Trata-se de quadro de sepse grave associada à apendicite aguda.
- c. Trata-se de choque séptico associado à apendicite aguda.
- d. As alterações do exame físico e dos exames complementares não significam presença ou risco de sepse, sepse grave ou choque séptico para este paciente.

28. Do ponto de vista epidemiológico neonatal assinale a alternativa correta:

- a. Período neonatal é aquele que compreende os primeiros 30 dias de vida do recém-nascido.
- b. Recém-nascido de muito baixo peso é aquele que apresenta ao peso ao nascimento menor que 2.500 gramas.
- c. Mortalidade neonatal precoce é aquela que ocorre nos primeiros 7 dias de vida do recém-nascido.
- d. Recém nascido pré-termo é aquele que apresenta idade gestacional menor que 37 semanas completas.

29. O sinal de Lenander, diferença entre a temperatura axilar e retal acima de 1° C, pode ser observada em crianças e adolescentes nas seguintes situações clínicas:

- a. Apendicite e pelvoperitonites.
- b. Pielonefrite e cistites.
- c. Colites e disenterias bacterianas.
- d. Peritonites e gastroenterites.

30. Criança de 8 anos de idade vem para acompanhamento ambulatorial por coriza, prurido e obstrução nasal e espirros contínuos. Refere dormir em colchão no chão, ter gato e cachorro em casa e o pai é fumante. Tem prick teste com alta sensibilização para ácaros. A alternativa correta para este caso é:

- a. Deve-se orientar profilaxia ambiental: não dormir no chão, encapar colchões e travesseiros, retirar os animais de dentro da casa e estimular o pai a abandonar o tabagismo.
- b. Deve-se instituir apenas tratamento medicamentoso neste caso; a profilaxia ambiental é completamente inócua.
- c. O resultado do exame de prick teste não auxilia neste caso, uma vez que o pólen é o aeroalérgeno mais frequente em nosso meio, e não o ácaro.
- d. Deve-se orientar a mãe a manter a casa sempre limpa, varrendo o ambiente pelo menos duas vezes por dia.

31. JF, 13 anos, sexo feminino é encaminhada a UER-Pediátrica por sonolência e dificuldade de deambulação. Há 3 dias, sempre no mesmo horário, por volta de meio dia a menina vem apresentando sonolência, fala se nexa, movimentos irregulares e dificuldade de marcha que melhoram com o passar do dia. Nega febre, vômitos e outros sintomas. Antecedentes pessoais: ndn. Antecedentes familiares: irmão de 5 anos convulsivo usa carbamazepina, sendo a paciente a responsável pela medicação. Ao exame: BEG, acianótica, anictérica, afebril. FC: 100bpm FR: 24ipm PA: 110/70mmHg. Neurológico: sonolenta, desorientada, nistagmo bilateral, força muscular de difícil avaliação, reflexos presentes; marcha de base alargada, cambaleante. Qual sua principal suspeita diagnóstica;

- a. Encefalite
- b. Intoxicação exógena
- c. Tumor de cerebello
- d. Má formação arteriovenosa

32. Menina, 8 anos, é trazida a UBS por baixa estatura. Mãe relata que a criança sempre foi menor que as meninas da mesma idade. Nasceu de parto normal a termo, P = 2.350 g e C = 45 cm, sem intercorrências. É inteligente e tem bom desenvolvimento neuro-psico-motor. Não tem outras queixas, exceto história de otites de repetição e uma discreta diminuição da acuidade auditiva. Tem boa alimentação. Epai = 172 cm, Emãe = 163 cm. Aos 7 anos tinha E = 108 cm ($z = -2,75$). Ao exame físico: P = 21 Kg ($z = -1,33$); E = 112 cm ($z = -2,89$), exame físico todo normal, exceto unhas pequenas e quebradiças. Qual a hipótese diagnóstica mais provável e o exame a ser realizado?

- a. Baixa estatura familiar – não fazer exame algum, apenas realizar acompanhamento clínico.
- b. Hipotireoidismo adquirido – realizar dosagem de T4 livre, TSH e anticorpos anti-tireóide.
- c. Síndrome de Turner – realizar cariótipo.
- d. Deficiência de hormônio de crescimento – realizar dosagens de IgF1 e IgFBP3.

33. Lactente masculino, previamente saudável, com 9 meses de idade foi internado com Insuficiência Respiratória Aguda Obstrutiva na enfermaria de Pediatria durante 15 dias. Diagnóstico de Bronquiolite Viral Aguda. Persistiu com sibilância por 1 mês após a alta do hospital. Apresentou uma Crise de Insuficiência Respiratória Aguda Obstrutiva por mês nos últimos 4 meses. Nega antecedentes de atopia na família ou outras doenças. Qual o fenótipo que melhor representasse lactente sibilante (LS)?

- a. Asma.
- b. LS não atópico, transitório, menos severo e menos prevalente do que asma.
- c. LS associado com atopia, hiper-reatividade brônquica.
- d. LS persistente grave.

34. Criança de 2 anos de idade é encaminhada a serviço universitário por diarreia crônica muco-sanguinolenta acompanhada de febre intermitente, vômitos e comprometimento do desenvolvimento pômdero-estatural nos últimos 9 meses. Em outro serviço já realizou colonoscopia com achado de lesões inflamatórias em atividade. Iniciado dieta isenta de leite de vaca e derivados, corticoterapia oral, sulfasalazina e azatioprina sem melhora. Com relação a este quadro é **CORRETO** afirmar que:

- a. Deve-se urgentemente rever o diagnóstico e o tratamento, pois doença inflamatória intestinal não acomete crianças antes dos 5 anos de idade.
- b. Este caso é compatível com doença inflamatória de início precoce é um quadro grave, que vem se apresentando cada vez mais frequentemente nos últimos anos.
- c. Levando em consideração o país em que vivemos, parasitoses e outras doenças infecciosas são as únicas etiologias possíveis para estes achados nesta faixa etária.
- d. O tratamento imunossupressor utilizado é muito agressivo e pode estar piorando o quadro, devendo, portanto ser suspenso.

35. Criança de 9 anos de idade chega ao pediatra contando cefaleia diária há 6 meses, progressiva, em aperto, em qualquer hora do dia, inclusive durante a madrugada. A mãe refere que é uma criança muito nervosa, briga muito na escola e em casa. Há um dia o paciente está sonolento, teve febre não medida e vomitou duas vezes. Não colabora ao exame físico, não sendo possível descartar rigidez de nuca; não se verificam outras alterações. Para este paciente a conduta **CORRETA** é:

- a. Colher líquido imediatamente para descartar meningite bacteriana.
- b. Colher hemograma e se este estiver alterado colher líquido.
- c. Realizar tomografia de crânio e avaliar coleta de líquido após.
- d. Mediar com analgésico e antitérmico e reavaliar a coleta de líquido em 24 horas.

36. RN com 15 dias de vida procura a UBS com resultado do “teste do pezinho” colhido com 72 horas de vida mostrando TSH = 75 mUI/L. Está muito bem, com exame físico normal. Qual a conduta a ser tomada?

- a. Como a criança está com exame físico normal, observar e colher nova amostra de TSH no “pezinho” com 30 dias de vida.
- b. Como a criança está com exame físico normal, observar e dosar em sangue venoso T4 livre e TSH com 30 dias de vida.
- c. Repetir imediatamente o “teste do pezinho”.
- d. Coletar imediatamente sangue venoso para dosagem de T4 livre e TSH e iniciar reposição com levo-tiroxina sódica em doses altas.

37. Lactente feminino, com 10 meses de idade. Há quatro meses foi internada em Unidade de Tratamento Intensiva Pediátrica (UTIP) com o diagnóstico de Bronquiolite Viral Aguda. Desde então apresenta crises de sibilância mensais. Dos achados complementares abaixo, qual conjunto **CORRETO** caracterizaria o diagnóstico de asma nesta criança?

- a. Mãe com asma, exame físico: presença de lesões compatíveis com Dermatite Atópica, tratamento das crises de sibilância com boa resposta ao Beta 2 agonista de curta duração.
- b. Crises desencadeadas por vírus, sem antecedente familiar de atopia, exame físico normal fora das crise, tratamento das crises de sibilância com boa resposta ao Beta 2 agonista de curta.
- c. Crises desencadeadas por vírus ou quando mama, mãe com asma, exame físico normal fora das crises, não responde ao Beta 2 agonista de curta duração.
- d. Crises desencadeadas por choro, sem antecedente familiar de atopia, exame físico normal fora das crises, tratamento das crises de sibilância com boa resposta ao Beta 2 agonista de curta duração.

38. Com relação às apresentações clínicas que levam a suspeitar de Imunodeficiência Primária, assinale a alternativa **CORRETA**:

- a. Imunodeficiências Primárias apresentam-se exclusivamente por infecções de repetição
- b. Alergias graves, infecções de repetição, reações adversas à vacinas e autoimunidade são possíveis apresentações de imunodeficiências primárias
- c. Doenças Autoimunes nunca estão presentes em pacientes com imunodeficiências Primárias
- d. Imunodeficiências Primárias não devem ser consideradas para crianças maiores e adolescentes, pois quase todos os pacientes vão ao óbito no primeiro ano de vida.

39. Criança de 7 anos de idade, com história de episódios anteriores de sibilância (desde o primeiro ano de vida, quatro internações anteriores) apresenta dificuldade respiratória progressiva há 14 horas, embora tenha feito uso de várias doses de medicação inalatória (beta-2 de curta duração) em casa. Ao exame físico está confusa e sonolenta, com sudorese fria, com FC: 180 bpm, FR 34 rpm, retração subcostal e de fúrcula, diminuição do murmúrio vesicular sem sibilos à ausculta e saturimetria em ar ambiente de 88%. Com relação à esta exacerbação aguda da asma (crise asmática) está correto dizer que:

- a. Trata-se de quadro leve a moderado.
- b. Trata-se de quadro grave.
- c. Não se identifica risco para evolução fatal desta crise de asma.
- d. Trata-se de quadro muito grave (insuficiência respiratória).

40. Menina com 7a6m é atendida na UBS com queixa de avanço puberal. Na revisão do prontuário da paciente, encontram-se os seguintes dados referentes ao crescimento e à maturação sexual e esquelética:

| | 6anos | 6anos e 6meses | 7anos | 7anos e 6meses |
|---------------------------|-------|----------------|-------|----------------|
| Altura (cm) | 120 | 123 | 126 | 129 |
| z altura (DP) | 0,78 | 0,77 | 0,77 | 0,76 |
| Peso (Kg) | 22 | 24 | 26 | 28 |
| z peso (DP) | 0,55 | 0,61 | 0,65 | 0,68 |
| Mamas | II | II | II | II-III |
| Pêlos pubianos | I | I-II | II | II |
| Menarca | - | - | - | - |
| Idade óssea (anos) | 7 | 8 | 8 | 9 |
| Altura pai (cm) | 174 | | | |
| Altura mãe (cm) | 162 | | | |

A partir destes dados qual o seu diagnóstico e conduta?

- Puberdade normal – orientação e acompanhamento clínico a cada 6 meses.
- Puberdade precoce patológica – encaminhamento para endocrinologista para investigação e tratamento.
- Puberdade antecipada – orientação e acompanhamento clínico a cada 3 meses.
- Provável puberdade desencadeada pela obesidade – orientação nutricional.

41. A respeito da Tosse Crônica (TC) em crianças é **CORRETO** afirmar que:

- A abordagem diagnóstica é diferente quando se avaliam crianças e adultos.
- É definida quando dura mais que doze semanas.
- Quanto menor a criança, menor a probabilidade de doença orgânica associada.
- Fibrose cística e doença por refluxo gastro esofágico estão entre as causas mais frequentes.

42. Criança de 1 ano de idade, previamente hígida, comparece à consulta médica secreção nasal abundante, tosse e febre há 12 horas (1 pico de 38oC), apresentou um episódio de vômito pós tosse. Ao exame físico, bom estado geral, otoscopia e orofaringe sem alterações, restante do exame físico normal. Foi avaliada anteriormente em outro serviço médico, onde, após realização de Raio X de seios da face, foi feito o diagnóstico de sinusite aguda e prescrito antibiótico por 7 dias. Os pais solicitam uma segunda opinião. Neste caso, a alternativa correta é:

- a. O Rx de seios da face é fundamental para este diagnóstico e deve ser realizado em todas as crianças nesta idade com os sintomas apresentados.
- b. O Rx de seios da face, caso apresente espessamento de mucosa de seios paranasais, autoriza o tratamento antibiótico conforme descrito.
- c. O diagnóstico de sinusite está correto pois a criança tem sintomas compatíveis, mesmo que a duração dos sintomas seja menor que 24 horas.
- d. O Rx de seios da face não tem indicação neste caso, visto a idade, os sintomas e exame físico descritos.

43. Um menino de 5 anos, previamente hígido, acompanhado pelos pais, procura o serviço de Pronto Atendimento (Pronto Socorro) de um hospital universitário com queixa de tosse há 5 meses. Durante este período tem tido crises de insuficiência respiratória aguda obstrutiva (IRAO) (com sibilos) e em todas estas crises procurou o serviço médico tendo recebido inalações com medicações beta-adrenérgicas com melhora da IRAO. A mãe é asmática e segundo os médicos, estas crises, iniciadas há cinco meses, são crises de asma. A criança tem dermatite atópica porém esta assintomática. O pai é fumante. A criança nunca teve febre ou pneumonia. Raio-X de Tórax em duas posições é normal. A mãe refere que as crises iniciaram-se um dia após ele brincar com bolinhas plásticas de cerca de 4mm de diâmetro e ter engasgado com crise de cianose que demorou 10 minutos. A hipótese diagnóstica e o procedimento **CORRETOS** em um primeiro momento para este caso é:

- a. Asma. Realizar tratamento intercrise, pois as crises estão muito frequentes. Encaminhar para o ambulatório para seguimento de longo prazo.
- b. Asma. Realizar tratamento para intercrise e solicitar exames imunológicos imediatamente para definir asma alérgica ou asma não alérgica.
- c. Corpo estranho nas vias aéreas. Broncoscopia.
- d. Esta criança necessita investigação ampla para doenças crônicas e que evoluem com tosse crônica como asma, tuberculose, Doença por Refluxo Gastroesofágico malformação de brônquios, fibrose cística entre outras.

44. Criança de 1 ano de idade tem história de diarreia líquida há 3 dias, sem muco ou sangue, mais de 10 episódios por dia; mãe refere 6 episódios de vômitos e febre não medida. Não sabe informar sobre volume de diurese. Ao exame físico apresenta-se sonolenta, FC: 170, FR: 60; perfusão de 3 segundos, pulsos finos, sudorese fria, turgor pastoso, olhos encovados, boca seca. Neste caso, trata-se de:

- Diarreia aguda com desidratação grave, necessário reidratação oral.
- Diarreia aguda com desidratação grave, necessário reidratação endovenosa; não há sinais sugestivos de choque hipovolêmico.
- Diarreia protraída e desidratação; necessário reposição de líquidos e dieta com leite de soja.
- Diarreia aguda e desidratação grave/choque hipovolêmico, necessário reidratação endovenosa e tratamento de suporte.

45. Lactente, 3 anos, procura o serviço de saúde por dor em MID e dificuldade para deambular há 1 dia. Nega febre e quadro semelhante anteriormente. Irmão com quadro de IVAS há 10 dias. Há dois dias brincou muito em festa na escola. Vacinação em dia. DNPM: normal. Ao exame: BEG, corada, hidratada, acianótica, anictérica, consciente, ativa, boa perfusão periférica. T: 36,8°C; FR: 16ipm; FC: 90bpm. Otoscopia e orofaringe: sem alterações. Coração: BRNF, sem sopros; Pulmão: MV + sem RA; Abdômen: flácido, sem visceromegalias. MID: movimentação passiva e ativa indolor, sem alterações de coloração, sem sinais flogísticos. Sem edema. Marcha: dor a deambulação, claudicação à D. Qual sua principal hipótese diagnóstica e conduta?

- Pioartrite, internação e antibiótico IV.
- Artrite reacional, penicilina benzatina.
- Febre reumática, colher ASLO e provas de função inflamatória.
- Sinovite transiente, Radiografia de quadril (PA e "frog"), observação.

46. Lactente, 2 anos é trazido à UER-Pediátrica, com história de febre e irritabilidade há 1 dia. Apresentou 1 episódio de vômito no caminho. Nega outros sintomas e doenças anteriores. Ao exame: REG, apático, cianose de extremidades, palidez cutânea, anictérico, pulso periférico fino. T: 38,5°C FR: 68ipm, FC: 48, Perfusion periférica: 4 seg; Pulmão: MV + diminuído em base D; Coração: BRNF, sem sopros; Abdome: distendido, sem visceromegalias. Das alternativas abaixo assinale a alternativa **CORRETA** para o caso de uma PCR, quanto à conduta imediata e ritmo cardíaco esperado:

- a. TOT, massagem cardíaca, venóclise. Ritmo assistolia.
- b. TOT, venóclise. Ritmo assistolia.
- c. TOT, massagem cardíaca, venóclise, adrenalina. Ritmo fibrilação ventricular.
- d. TOT, venóclise. Ritmo fibrilação ventricular.

47. Quando comparamos lactentes que têm crises de insuficiência respiratória aguda obstrutiva de repetição (sibilância recorrente) observamos os que são atópicos comparados aos não atópicos; assinale abaixo a alternativa **CORRETA** neste caso:

- a. Os atópicos têm maior probabilidade de permanecer com sibilância na infância e adolescência.
- b. A positividade de antecedentes maternos e paternos para manifestações de asma é semelhante.
- c. A frequência de Doença por Refluxo Gastro Esofagico e Bronquiolite Viral Aguda é maior entre os não atópicos.
- d. O diagnóstico de asma nos dois primeiros anos de vida é impossível de ser realizado, sendo portanto atribuída somente a denominação Síndrome do Lactente Sibilante tanto para atópicos quanto para não atópicos.

48. Criança de oito anos de idade, gênero feminino, vítima de atropelamento. É trazida por transporte aéreo (helicóptero), como apresentava Escala de Coma de Glasgow variando de 9 a 10 optado por intubar para fazer o transporte. Ao chegar é examinado e é feita hipótese diagnóstica de traumatismo raquimedular baseado em:

- a. Hipotensão arterial e taquicardia.
- b. Hipertensão arterial e bradicardia.
- c. Hipotensão arterial e bradicardia.
- d. Hipertensão arterial e taquicardia.

49. Criança de 18 meses de idade, com hidrocefalia congênita derivada no primeiro mês de vida apresenta há um dia vômitos (3 episódios), sonolência e febre baixa não medida. Ao exame discreta hiperemia em couro cabeludo em local de inserção de derivação ventriculoperitoneal; FC: 150 bpm, FR: 28 rpm; pulsos cheios, perfusão 2 segundos; sem outras alterações dignas de nota. A coleta de líquido mostrou 1.200 leucócitos com predomínio de neutrófilos, glicorraquia normal (55) e proteinorraquia aumentada (150). Para este caso a alternativa **CORRETA** é:

- a. Trata-se de meningite bacteriana; meningococo e pneumococo são os agentes mais prováveis; o tratamento consiste de antibioticoterapia endovenosa e medidas de suporte; não há necessidade de abordagem da derivação ventriculoperitoneal
- b. Trata-se de meningite bacteriana; meningococo e pneumococo são os agentes mais prováveis; o tratamento consiste de antibioticoterapia endovenosa, retirada da derivação ventrículo peritoneal existente seguida de derivação externa.
- c. Trata-se de meningite bacteriana; *Staphylococcus epidermidis* e *Staphylococcus aureus* são os agentes mais prováveis; o tratamento consiste de antibioticoterapia endovenosa e medidas de suporte; não há necessidade de abordagem da derivação ventrículo peritoneal.
- d. Trata-se de meningite bacteriana; *Staphylococcus epidermidis* e *Staphylococcus aureus* são os agentes mais prováveis; o tratamento consiste de antibioticoterapia endovenosa, retirada da derivação ventrículo peritoneal existente seguida de derivação externa.

50. Assinale a alternativa **INCORRETA** em relação a hiperplasia adrenal congênita por deficiência da 21-hidroxilase:

- a. Determina ambigüidade genital em fetos femininos e virilização pós-natal nos dois sexos.
- b. pode ser letal para seus portadores em decorrência do alto risco de malignização gonadal.
- c. É de herança autossômica recessiva.
- d. É possível realizar o diagnóstico e o tratamento intra-útero.