

1. **Pré-escolar, três anos, masculino, apresenta, nas últimas duas horas, três episódios de desvio do olhar e arresponsividade, que duraram alguns segundos. Há um dia vem apresentando tosse, coriza hialina e febre (temperatura axilar = 38°C). Exame físico: irritado, sonolento, mas reativo, temperatura axilar = 37°C. Após o exame físico, a criança apresenta crise convulsiva tipo tônico-clônico generalizada que dura dois minutos. A principal hipótese diagnóstica é crise:**
  - a) febril complexa
  - b) febril simples
  - c) sintomática remota
  - d) sintomática aguda
2. **Escolar, oito anos, feminina, é levada à unidade básica de saúde com tosse iniciada há três semanas, cefaleia, febre baixa e odinofagia. Exame físico: presença de sibilos bilaterais à ausculta respiratória. Radiografia (RX) de tórax: infiltrados intersticiais discretos em ambas as bases pulmonares. O exame laboratorial que justificaria o tratamento com macrolídeo é:**
  - a) leucocitose com linfocitose
  - b) crioaglutininas > 1:64
  - c) linfócitos atípicos > 25%
  - d) hematócrito > 20%
3. **Escolar, 8 anos, masculino, com ataxia iniciada há um mês. Mãe refere que foi internado uma vez por pneumonia e duas com abscesso cutâneo. Não sabe informar idade das internações. Tem um irmão de seis anos com asma e rinite. Exame físico: bom estado geral, hipocorado (2+/4+), nistagmo rotatório em ambos os olhos, marcha atáxica, cabelos prateados e eczema discreto em fossas poplíteas e retroauricular. Nos exames laboratoriais espera-se encontrar:**
  - a) níveis séricos elevados de IgE
  - b) níveis elevados de alfa fetoproteína
  - c) leucocitose com neutrofilia
  - d) granulócitos com grânulos gigantes
4. **Os indicadores clínicos que definem a deficiência de vitamina A, são:**
  - a) manchas de Bitot, fotofobia, aumento de pressão intracraniana e anorexia
  - b) xeroftalmia, manchas de Bitot, defeito de formação epifisária e nictalopia
  - c) nictalopia, fotofobia, defeitos do esmalte dentário e esplenomegalia
  - d) xeroftalmia, nictalopia, fotofobia e hirsutismo
5. **Escolar, seis anos apresenta três pequenas lesões crostosas na mão direita, não pruriginosas, com discreto eritema no entorno, que apareceram após queimadura no local há 10 dias. Há dois dias surgiram duas pequenas pústulas na face e uma no abdome. Pode-se afirmar em relação a esta doença que:**
  - a) o período de latência entre o aparecimento das lesões e as complicações renais é de 18 a 21 dias
  - b) a adenopatia regional é rara em lesões não bolhosas, ocorrendo em geral associada às bolhosas
  - c) as características das lesões da pele são bons preditores para o aparecimento das complicações
  - d) não está indicado uso de antibiótico oral por não ter comprometimento profundo da pele
6. **Sobre as linfadenopatias na infância, pode-se afirmar que:**
  - a) se não apresentarem diminuição em mais de um mês, devem ser investigadas
  - b) são consideradas generalizadas quando existe o aumento em quatro ou mais regiões
  - c) é critério para realizar biopsia quando se localizam nas regiões supraclaviculares ou axilares
  - d) a doença maligna deve ser pensada quando os linfonodos são aderidos e firmes

7. Escolar, masculino, cinco anos, com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, apresenta, nos últimos 12 meses, comportamento irritável diário, ficando facilmente bravo, com descontrole do temperamento e crises de birra, recusando-se a cumprir as atividades propostas pela professora na escola e implicando com os outros alunos da classe a ponto de estar sendo isolado pelos colegas. Sempre coloca a culpa de seu mau comportamento em outro colega. Apesar de ficar ressentido com frequência, não possui comportamento agressivo com seus pares nem destrutivo com os materiais escolares. A hipótese diagnóstica mais provável é de transtorno:

- a) de conduta
- b) explosivo intermitente
- c) opositivo desafiante
- d) bipolar

8. Adolescente, masculino, 12 anos, com diagnóstico de leucemia, está internado em cuidados paliativos com dores intensas em membros inferiores. Questionado sobre a dor atribui nota nove, em uma escala numérica visual Sobre a medicação para o controle da dor, neste adolescente, pode-se afirmar que:

- a) surgimento de prurido indica presença de alergia
- b) náusea, quando ocorre, diminui com o tempo
- c) diarreia quando ocorre, pode ser profusa
- d) laxativos são contra-indicados na presença de constipação

9. Escolar, masculino, nove anos, previamente hígido, com dificuldade para andar e dores no joelho direito. Três dias antes apresentou os mesmos sintomas nos tornozelos, após uma partida de futebol, que melhoraram com repouso.

Exame físico: temperatura axilar: 38,6°C; edema; calor; rubore dor intensa no joelho direito com impotência funcional. Exames laboratoriais: VHS= 75mm/h; anticorpo antiestreptolisina O (ASLO)= 450U/mL (normal= 160–300U/mL). Em relação à principal hipótese diagnóstica, pode-se afirmar que:

- a) o diagnóstico só é confirmado com cultura positiva para *Streptococcus* do grupo A
- b) o intervalo P-R alargado no eletrocardiograma (ECG) é fator preditivo para seqüela cardíaca
- c) uso de ácido acetilsalicílico está associado a uma melhora importante da artrite
- d) se não tratada adequadamente, deverá ocorrer deformidade articular importante

10. Durante a consulta de rotina de um lactente eutrófico, de oito meses, observa-se que a hemibolsa escrotal direita está vazia, hipoplásica e o testículo é palpado na região inguinal ipsilateral. O testículo esquerdo é tóxico e tem fimose. A conduta é:

- a) obter um cariótipo e avaliação endocrinológica
- b) realizar orquidopexia direita
- c) realizar ultrassonografia da bolsa escrotal e região inguinal
- d) aguardar a descida testicular até um ano de idade

**11. Escolar, seis anos, feminina, apresenta há cinco dias no dorso da língua duas manchas avermelhadas, irregulares, finamente demarcadas e lisas, limitadas por bordas serpiginosas amareladas e elevadas. A conduta mais adequada, neste momento, é:**

- a) prescrever corticóides tópicos
- b) excluir de alimentos ácidos
- c) orientar os pais
- d) prescrever anti-histamínicos orais

**12. Escolar, sete anos, feminino, é trazida à emergência com vômitos e dificuldade de ficar em pé. Tem história de cefaléia na região occipital, em aperto há dois meses, de forte intensidade e com aumento da frequência. Os episódios duram cerca de 6 horas ocorrendo, frequentemente, na madrugada sem alívio com analgésicos. Exame físico: marcha atáxica e com dismetria; paralisia do sexto par bilateralmente. Nega febre. A hipótese diagnóstica mais provável é:**

- a) processo expansivo
- b) infecção aguda
- c) tensão
- d) enxaqueca basilar

**13. Lactente, seis meses, com coriza e tosse há dois dias. Apresentou dois picos febris de 38°C neste período. Hoje, com tosse rouca, respiração ruidosa e dificuldade respiratória. Exame físico: bom estado geral, estridor inspiratório moderado, frequência respiratória (FR) = 50irpm, retração supraesternal e intercostal leves com murmúrio vesicular universalmente audível; oximetria de pulso (SatO<sub>2</sub>) = 96%; frequência cardíaca (FC) = 145bpm. A conduta mais adequada para este**

**paciente, neste momento, é nebulização com:**

- a) l-epinefrina, solução 1:1000, uma dose de dexametasona oral e, se houver melhora, observação por 2 horas
- b) fenoterol, uma dose de prednisolona e realização de radiografia para avaliar calibre das vias aéreas
- c) adrenalina racêmica, oxigenioterapia sob macronebulização e reavaliação clínica em 20 a 30 minutos
- d) l-epinefrina e alta hospitalar após 30 minutos se houver resolução do estridor e desconforto respiratório

**14. Adolescente, 12 anos, obesa, com história de poliúria, polidipsia e vulvovaginite por monilíase há 3 meses. Na última semana apresentou cansaço e náuseas. Sua mãe e avó materna são portadoras de Diabetes Mellitus (DM). Exame físico: hipertensão arterial e acantose nigricans. Apresenta EAS, do ano passado, com glicosúria positiva. Exames laboratoriais: hemoglobina glicada de 9,7% e glicemia de jejum de 250 mg/dl. A conduta terapêutica indicada, neste momento, é o uso de :**

- a) insulina
- b) metformina
- c) tolbutamida
- d) glimepirida

**15. Recém-nascido, 24h de vida, submetido à triagem para cardiopatia congênita (“teste do coraçãozinho”) apresenta na oximetria de pulso: membro superior direito - SatO<sub>2</sub> = 93%; membro inferior direito - SatO<sub>2</sub> = 91%. Com este resultado, deve-se:**

- a) considerar o exame normal
- b) solicitar ecocardiograma
- c) colocar cateter de O<sub>2</sub> e repetir a avaliação
- d) repetir a avaliação em 1 hora

perda das papilas linguais associada à disfagia e ingestão oral deficiente

**16. Escolar, oito anos, com placas eritematosas difusas, palidez e perda da consciência pouco após mergulho em cachoeira. Tem história prévia de placas eritematosas e pruriginosas após banhos de mar que somem sem tratamento. Exame físico: acordado, orientado, normotenso; FC = 100bpm; FR = 26irpm; boa perfusão periférica; várias placas eritematosas em tronco, face e membros bastante pruriginosas, sem edema. A conduta melhor indicada, no momento, é:**

- a) quinze dias de corticoide por via oral prescrito
- b) dosagem de crioproteínas, sendo sua ausência a característica deste diagnóstico
- c) adrenalina subcutânea imediatamente associada anti-histamínico intravenoso
- d) teste do gelo em contato com a pele por quatro minutos e observação após 10 minutos

**17. Dentre as apresentações clínicas a seguir, deve-se pensar em imunodepressão por HIV no paciente pediátrico em:**

- a) escolar, sete anos, com lesões branco-peroladas, material coagulado visível em língua, palato e mucosa bucal, em antibioticoterapia para endocardite bacteriana
- b) recém-nascido, oito dias, que apresenta ao exame de cavidade oral lesões branco-peroladas em língua e mucosa bucal
- c) lactente, seis meses, com material coagulado visível em língua, palato e mucosa bucal, levando à ingestão nutricional inadequada e desidratação
- d) pré-escolar, quatro anos, com eritema ardente da mucosa oral e

**18. Pré-escolar, quatro anos apresenta dor abdominal, diarreia, esteatorreia, vômitos e perda de peso no último mês. Apresentou, antes do aparecimento destes sintomas, lesões nas nádegas que pareciam "linhas entortadas", pruriginosas, além de tosse e chiado no peito. Nega sintomas respiratórios semelhantes anteriores. O agente infeccioso, mais provável, neste quadro é:**

- a) *Wuchereria bancrofti*
- b) *Leishmania chagasi*
- c) *Strongyloides stercoralis*
- d) *Ascaris lumbricoides*

**19. Lactente, 45 dias chega icterico à consulta de puericultura. Não há história patológica neonatal nem incompatibilidade sanguínea. Está em aleitamento materno exclusivo e ganhou peso adequadamente. A conduta, neste momento, é:**

- a) tomar banhos de sol matinais
- b) suspender o leite materno
- c) avaliar acolia fecal
- d) retornar aos dois meses

**20. Casal jovem e não consanguíneo, deu a luz a um recém-nascido com síndrome de *Down*, caso índice na família. Foi feito cariótipo com bandas G em cultura de linfócitos e o resultado foi translocação *Robertsoniana* envolvendo os cromossomos 21 e 14. Para que seja feito aconselhamento genético adequado, observando-se translocação balanceada, deve-se solicitar cariótipo:**

- a) dos progenitores
- b) da progenitora
- c) do progenitor
- d) dos familiares dos progenitores

21. Recém-nascido com 60 segundos de vida apresenta: FC= 146bpm, respiração presente lenta e irregular, alguma flexão de extremidades, espirros ao estímulo com cateter e acrocianose. A sua pontuação de Escore Apgar é:

- a) 6
- b) 7
- c) 8
- d) 9

22. Pré-escolar, quatro anos, iniciou edema periorcular direito, não pruriginoso há 48 horas. Procurou atendimento médico sendo prescrito anti-histamínico e corticóide por via oral. Apesar do uso adequado das medicações, evoluiu com piora progressiva procurando novamente serviço de emergência. A mãe relaciona o edema ao uso de dipirona administrada dez horas antes do início deste. Nos últimos quatro meses apresentou cinco episódios semelhantes com resolução em 4-5 dias, tendo usado anti-histamínico e corticóide. Nunca apresentou urticária e/ou prurido associados. Desde os três anos apresenta dor abdominal recorrente em investigação. Exame físico: bom estado geral, febril (38.3°C), eupneica, normotensa e edema importante em hemiface direita e em lábios. A hipótese diagnóstica mais provável é:

- a) síndrome nefrítica
- b) alergia à picada de inseto
- c) reação à dipirona
- d) angioedema hereditário

23. Recém-nascido de 24 horas, prematuro de 35 semanas, portador de síndrome de Down, apresentou-se com vômitos biliosos há 12 horas. Está na UTI neonatal em hidratação venosa e sonda orogástrica com drenagem biliosa. Há relato de polidrômio materno. Exame abdominal: normal. Não evacuou e somente eliminou pequena quantidade de mecônio no toque retal. RX simples de abdome evidencia o sinal da dupla bolha. Este quadro indica:

Exame abdominal: normal. Não evacuou e somente eliminou pequena quantidade de mecônio no toque retal. RX simples de abdome evidencia o sinal da dupla bolha. Este quadro indica:

- a) aganglionose intestinal congênita
- b) atresia jejunoileal
- c) obstrução duodenal
- d) íleo meconial

24. Lactente, feminino, 30 dias, apresenta estridor inspiratório há aproximadamente 20 dias. O estridor tem se tornado cada vez mais frequente e mais audível e piora quando ao choro e/ou agitação. Não apresenta tosse, febre, coriza, vômito ou diarreia. Exame físico: estridor inspiratório de baixa intensidade, tiragem de fúrcula, FR = 52irpm, SatO<sub>2</sub> = 97%, FC = 136bpm. O diagnóstico mais provável é:

- a) laringomalácia
- b) traqueíte bacteriana
- c) paralisia das cordas vocais
- d) condromalácia de traqueia

25. Pode-se afirmar, sobre a tirosinemia neonatal transitória, que:

- a) na maioria há sintomas clínicos característicos e níveis elevados de tirosina e fenilalanina
- b) os recém-natos mais afetados são prematuros recebendo dieta com grande quantidade de proteína
- c) é característico o aumento da tirosina e níveis baixos de fenilalanina no lactente assintomático

- d) a resolução espontânea depende do aumento da ingestão de vitamina C, no dobro da dose
- esclarecimento do diagnóstico diferencial
- 26. Lactente, um ano e oito meses, feminina, apresenta tosse, taquidispneia e sibilância persistentes há seis meses, após internação prolongada em UTI pelos mesmos sintomas. Desde a alta, apresenta baixo ganho pondero-estatural e o exame físico revela frequência respiratória de 58irpm e SatO<sub>2</sub> = 90% em ar ambiente. A imagem na tomografia computadorizada (TC) de tórax, mais compatível com o quadro descrito, é a presença de:**
- a) corpo estranho endobrônquico
  - b) hiperinsuflação do lobo superior esquerdo
  - c) padrão em mosaico e bronquiectasias
  - d) múltiplos cistos limitados a um lobo
- 27. Lactente, três meses, é trazido pela mãe por achá-lo pouco ativo desde o dia anterior, sem querer mamar. Nega acidentes ou outros sintomas, mas conta que desde a alta da maternidade a criança chora muito, diariamente, acreditando ter cólicas. Nasceu de parto normal, a termo e está em aleitamento materno exclusivo. Exame físico: criança letárgica, sem outras alterações. Diante do quadro, decide-se realizar fundoscopia. Pode-se afirmar que:**
- a) a fundoscopia só estaria indicada se exames como a tomografia computadorizada mostrassem hematoma subgaleal
  - b) devem ser encontradas hemorragias múltiplas envolvendo mais de uma camada da retina e se estendendo para a periferia
  - c) é possível que se encontre hemorragias intrarretinianas no pólo posterior, sendo a causa provável da alteração do nível de consciência
  - d) a fundoscopia não está indicada neste caso, pois pouco auxiliaria no
- 28. Sobre o diagnóstico da síndrome de apneia obstrutiva do sono pode-se afirmar que:**
- a) o padrão ouro para o diagnóstico é a polissonografia noturna em laboratório
  - b) a combinação da história e exame físico tem boa acurácia no diagnóstico de crianças com roncos
  - c) são critérios de diagnósticos os achados patognomônicos do exame físico junto a imagens do sono noturno
  - d) elevação da proteína C reativa, presença de roncos e *défict* cognitivo formam a tríade diagnóstica
- 29. Lactente, 10 meses, masculino, em bom estado geral, há dois dias com temperatura axilar= 37,9°C, lesões purpúricas arredondadas na face e pavilhão auricular, além de equimoses nas extremidades (mãos e pés) associadas a edema doloroso, frio e não pruriginoso destas regiões. Exames laboratoriais: hemograma normal e coagulograma com trombocitose; urinálise sem alterações O diagnóstico mais provável é:**
- a) púrpura *fulminans*
  - b) doença de *Kawasaki*
  - c) púrpura de *Henoch-Schönlein*
  - d) edema hemorrágico agudo
- 30. O exame laboratorial que pode ter valor preditivo negativo em relação a complicações renais na púrpura de *Henoch-Shönlein* é:**
- a) c-ANCA positivo
  - b) urinoanálise inicial normal
  - c) plaquetopenia menor que 30.000
  - d) albumina sérica elevada

31. Escolar, sete anos, com imunodeficiência, é internada com varicela adquirida do irmão de três anos, indo a óbito uma semana após. O médico, com argumentos verbais como “vacinas contêm substâncias tóxicas, o sistema imunológico natural é suficiente, minha experiência é grande”, orientou a não vacinação da família e dos cuidadores. O pediatra foi denunciado criminalmente e ao Conselho Regional de Medicina (CRM). Baseado no Código de Ética Médica (CEM). Este médico:

- a) agiu corretamente já que usou a sua experiência, da prática clínica, em cuidar de criança
- b) agiu corretamente baseado na autonomia do médico em tomar decisões
- c) transgrediu o CEM já que tomou decisões sem a aquiescência dos pais em Consentimento Livre e Esclarecido
- d) transgrediu o CEM colocando em risco a saúde e a vida de seus pacientes, sendo imprudente

32. Criança, dois anos, previamente hígida, com forte dor abdominal em cólica iniciada há três horas. Exame físico: massa cilíndrica dolorosa em quadrante inferior direito, sem irritação peritoneal. Ultrassonografia (USG) abdominal: sinal do alvo. Hemograma e proteína C reativa normais. A conduta mais adequada para esta criança é a redução:

- a) cirúrgica já que a massa é palpável em quadrante inferior direito
- b) hidrostática já que não há complicações nos exames clínico e laboratoriais
- c) cirúrgica já que a dor intensa e a imagem do ultrassom sugerem complicação
- d) hidrostática já que é a primeira opção independente de achados clínicos

33. Lactente, cinco meses, feminino, é trazida à emergência às 7h, irritada, mamando pouco e “suando muito” desde a noite anterior. Nega febre, lesões de pele ou outros sintomas. Exame físico: choro inconsolável, sugando a chupeta com ansiedade, pálida, afebril; fontanela anterior normotensa; FC = 240bpm, FR = 68 irpm; PA = 85x50mmHg; pulsos palpáveis, perfusão capilar periférica de 4 segundos; ausculta pulmonar sem alterações, SatO<sub>2</sub> = 98%, em ar ambiente. ECG: FC = 240bpm; complexos QRS de 0,08 segundos, com ausência de onda P. O diagnóstico mais provável demanda a utilização de:

- a) verapamil
- b) adenosina
- c) magnésio
- d) lidocaína

34. Escolar, seis anos, masculino, com quadro respiratório confirmado de H1N1, apresenta hematúria macroscópica, com coágulos e disúria e polaciúria. Urinanálise, urocultura e provas de coagulação normais. A hipótese diagnóstica mais provável é:

- a) cistite hemorrágica
- b) nefropatia membranosa
- c) glomerulonefrite associada à infecção
- d) nefropatia por IgA

35. Escolar, sete anos, masculino, com dor abdominal intensa há 20 dias sendo internado com diagnóstico de pancreatite. Está assintomático desde o sexto dia de doença e na consulta de reavaliação após a alta apresenta massa palpável em quadrante superior do abdome. O exame a ser solicitado, neste momento, é:

- a) endoscopia digestiva
- b) tomografia computadorizada
- c) ressonância magnética
- d) USG abdominal

**36. Pré-escolar, dois anos e meio, escolhe o que comer e faz uso de inibidor de bomba de prótons desde a alta perinatal. Nascido com 31 semanas, internado por quatro meses, fez ressecção de segmento do intestino delgado por enterocolite necrosante. É muito irritado e cai com muita frequência. Apresenta anemia, apesar de fazer reposição de ferro oral há mais de quatro meses em doses máximas. Exame físico: palidez moderada, peso e estatura no escore Z (-3). Exames laboratoriais: ferro sérico normal; ferritina normal, hemoglobina= 8g/dL, reticulócitos 1-2 %; macroglobulia e neutrófilos num percentual baixo e com núcleos alterados por polissegmentação. Além de rever o tratamento com a reposição de ferro deve, ser prescrito:**

- a) rapamicina e eritropoetina
- b) metronidazol e probiótico
- c) gabapentina e retinol
- d) cobalamina e folato

**37. O leite materno pode ser ordenhado e congelado para, posteriormente, ser ofertado ao lactente. Para tal, este leite deve ser descongelado:**

- a) na panela ao fogo
- b) em microondas
- c) em banho-maria
- d) sob fervura

**38. Escolar, nove anos, amanhece com dor no ouvido direito. Há três dias apresenta coriza hialina, espirros, mal-estar e febre de 38°C. Exame físico: três bolhas serosas em membrana timpânica direita. O tratamento imediato a ser feito é:**

- a) amoxicilina e anestésico tópico
- b) ibuprofeno e paracetamol
- c) codeína e gotas otológicas
- d) dexametasona tópica e dipirona

**39. Adolescente, 15 anos, masculino, apresenta irritabilidade e agitação, fala poucas palavras, não aponta e usa a mão dos outros como instrumento para obter o que deseja. Apresenta marcha na ponta dos pés e dificuldade tanto de socialização como de olhar nos olhos do interlocutor. Fica irritado com sons altos, não gosta de cortar unhas/cabelos e apresenta diversas estereotipias (que o leva a sofrer *bullying* na escola). História gestacional e do parto sem anormalidades. Exame físico: normal. O fármaco melhor indicado para iniciar o tratamento e controlar o sintoma mais marcante é:**

- a) valproato
- b) risperidona
- c) levetiracetam
- d) clomipramina

**40. Pré-escolar, três anos, nascido a termo com 2.700g, parto normal, mamando ao seio por dois meses e com complementos de leite em pó integral diluído. Sempre teve muita diarreia e vive com “resfriado” que nunca passa. Chora muito e bate nos objetos ao andar; tropeça e cai com facilidade, em especial à noite. Peso e estatura abaixo do Z (-2). Apresenta pele áspera com pequenas pápulas não inflamadas que lembram pele de frango.**

**O diagnóstico mais provável é:**

- a) encefalite viral e exantema
- b) miosite carencial e escabiose
- c) cegueira noturna e frinoderma
- d) beribéri e eczema seborreico

**41. Em relação à Hepatite B, a interpretação relativa à seguinte sorologia: HBsAg negativo; anti-HBs positivo; anti-HBc positivo e anti-HBcIgM negativo, é:**

- a) imunidade pela vacinação
- b) imunidade por infecção passada
- c) infecção recente
- d) estado de portador crônico

42. Pré-escolar, três anos, apresenta dificuldade na extensão da articulação interfalangeana do polegar direito, sem outras alterações. Não há relato de trauma ou dor local. Exame físico: nódulo palpável na base do dedo. Os exames laboratoriais são normais. A orientação a ser dada aos pais é de que a resolução do processo deverá ocorrer por:

- a) resolução espontânea
- b) injeção corticosteróides
- c) correção cirúrgica
- d) fisioterapia em longo prazo

43. Pré-escolar, feminina, quatro anos, 15,5Kg, é levada para atendimento na emergência com relato de febre moderada e coriza hialina de início há dois dias, muita tosse e “falta de ar” de início há um dia. Foi medicada em casa com salbutamol por aerossol dosimetrado, um jato a cada 4 horas e beclometasona por nebulização, 400µg a cada 8 horas, sem melhora. Vem apresentando “falta de ar” a cada 15 dias, associada a mudanças climáticas ou gripes, e tosse, quase que diariamente, associada a atividades físicas na escola ou choro. Apesar de usar estes medicamentos, algumas vezes é levada à emergência onde recebe prescrição de prednisolona por via oral. Exame físico: taquidispneica, com sibilância difusa, FR = 44irpm. RX de tórax: hiperinsuflação pulmonar e espessamento peribrônquico bilateral. O tratamento a ser iniciado é:

- a) teofilina, pois nestes casos o controle com medicação por via oral é mais adequado
- b) antibioticoterapia por conta do aspecto radiológico e a presença de febre moderada
- c) broncodilatadores de longa ação 30 minutos antes das atividades físicas
- d) corticoides inalados diários como terapia de escolha para o controle

44. Escolar, oito anos, masculino, com deficiência intelectual, encontra-se em investigação no Serviço de Genética Médica. Apresenta face alongada, orelhas grandes e comportamento autista, sem alterações oculares pela avaliação por oftalmologista pediátrico. História familiar: irmão mais velho com deficiência intelectual e dois primos em primeiro grau, do lado materno, com quadro clínico semelhante. O resultado do cariótipo com bandeamento G em linfócitos foi 46, XY. A hipótese diagnóstica mais provável e o melhor exame para identificar a etiologia desta condição, respectivamente, são:

- a) síndrome do X-Frágil; exame de DNA
- b) doença de Leigh; exame do DNA mitocondrial
- c) homocistinúria; dosagem de metionina e homocisteína
- d) síndrome de Marfan, exame de DNA

45. Pré-escolar, dois anos, masculino, internado com pneumonia lobar extensa. Evolui nas primeiras 24 horas de antibioticoterapia venosa com piora clínica, desconforto respiratório importante e sinais de insuficiência ventilatória, sendo indicada intubação traqueal. Idealmente, o diâmetro do tubo endotraqueal a ser utilizado neste paciente e a posição que o mesmo deveria ser fixado, considerando a distância ideal em centímetros são, respectivamente:

- a) tubo 5; posição 15 a 16 no lábio superior
- b) tubo 4; posição 10 a 11 no lábio superior
- c) tubo 4,5; posição 13 a 14 no lábio superior
- d) tubo 5,5; posição 16 a 17 no lábio superior

46. Pediatra, único plantonista do pronto socorro (PS) municipal, aguardou substituição para as 19h, por 30 minutos. Como a renição não chegou, ligou para o diretor técnico do PS e comunicou que estava saindo, pois tinha plantão em outra unidade com início para as 20h. Às 22h, deu entrada no OS uma criança gravemente enferma que foi a óbito duas horas após. A renição chegou às 00h30, sem comunicação prévia, e justificou o atraso por ser aniversário do filho. O diretor comunicou o fato à autoridade policial, à Secretaria Municipal de Saúde e ao CRM local. Segundo o Código de Ética Médica (CEM):

- ambos transgrediram o CEM: um não aguardou no plantão e o outro, sem justa causa, não comparecer no horário estabelecido
- o plantonista transgrediu o CEM ao não esperar seu substituto e abandonar o plantão
- o plantonista agiu corretamente, pois é função do diretor técnico providenciar substituição na ausência de médico substituto
- o médico substituto agiu corretamente, já que apresentou ao diretor técnico justificativa pelo atraso

47. Pré-escolar, três anos, feminina, apresenta dor nos membros inferiores e claudicação, em uso irregular de anti-inflamatórios não esteroides há três meses. Exame físico: marcha claudicante com edema em joelho direito e dor em semiflexão; edema com dor e limitação da amplitude dos movimentos do joelho esquerdo e tornozelo direito; olho esquerdo com pupila diminuída e irregular, sinéquias posteriores além de ceratopatia em faixa nas margens medial e lateral da córnea. Hemograma e fator reumatoide normais; anticorpo antinuclear reagente 1/160 pontilhado fino denso. A hipótese diagnóstica mais provável é:

- artrite idiopática juvenil
- lúpus eritematoso sistêmico
- doença de Behçet
- artrite associada ao vírus Chikungunya

48. Adolescente, masculino, 14 anos, com insuficiência mitral reumática, relata febre moderada (temperatura axilar = 38,5°C) há sete dias, prostração, dispnéia, dor e limitação de movimentação do joelho esquerdo. Exame físico: prostrado, febril, hipocorado 2+/4+, taquipneico, pequenas lesões hemorrágicas palmo-plantares. Sopro sistólico 3+/6+ em foco mitral com irradiação para axila. Ponta de baço palpável. Edema de joelho esquerdo com sinais flogísticos e limitação da extensão. A conduta mais adequada, objetivando o tratamento, deve ser:

- considerar o risco do estreptococos do grupo *Viridans*
- coletar hemoculturas apenas nos momentos de febre
- iniciar o corticóide antes da coleta dos exames
- começar o antibiótico antes da coleta dos exames

**49. Pré-escolar, quatro anos, apresenta poliúria, polidipsia e perda acentuada de peso há duas semanas. Glicemia inicial de 320mg/dL. Anticorpo anti-GAD positivo. Inicia tratamento com insulina com melhora dos seus sintomas. Pode-se afirmar, em relação ao quadro descrito desta criança, que:**

- a) a associação com rubéola congênita ainda é incerta
- b) está havendo maior incidência em menores de cinco anos
- c) sua distribuição geográfica pelo globo terrestre é uniforme
- d) apresenta pouca associação com outras doenças autoimunes

**50. Escolar, oito anos, masculino, comparece à consulta médica acompanhado por seus pais com queixa de hiperatividade. Sempre foi mais agitado e distraído do que os colegas. Seu aprendizado é irregular e já precisou trocar de colégio várias vezes porque “não consegue ficar parado”, causa muitos distúrbios no ambiente escolar, apresenta problemas de relacionamento e é excluído de eventos sociais de sua turma. História gestacional, do parto e do desenvolvimento normais. Exame clínico-neurológico sem sinais deficitários. O fármaco de primeira escolha para início do tratamento desta criança é:**

- a) clonidina
- b) imipramina
- c) lis-dexanfetamina
- d) bupropiona