

- 1. Gestante, hipertensa, é submetida à cesariana de urgência devido a pré-eclâmpsia e dá à luz a recém-nascido com idade gestacional de 30 semanas, peso ao nascer de 800g e boas condições de vitalidade. O bebê apresenta desconforto respiratório leve, está ativo e com boa perfusão, em CPAP nasal com  $FiO_2= 0,21$ . A conduta protetora mais adequada para enterocolite necrosante, neste bebê, é:**
  - a) manter em dieta zero por 48 horas e posteriormente iniciar com fórmula
  - b) manter apenas nutrição parenteral por no mínimo 5 dias
  - c) iniciar dieta enteral mínima precoce com leite humano
  - d) administrar antibióticos profiláticos e bloqueador H2
- 2. Adolescente, 12 anos, com dor abdominal intensa que o desperta durante o sono, atrapalhando seu desempenho escolar além de diarreia crônica. Endoscopia digestiva alta: esofagite ativa. Colonoscopia: áreas de estenose no cólon e granulomas. Pode-se afirmar que o achado, extra intestinal, mais frequente na patologia que acomete esse adolescente é:**
  - a) espondilite anquilosante
  - b) atraso na velocidade de crescimento
  - c) uveíte
  - d) glomerulonefrite
- 3. Bebê nascido de parto vaginal, a termo, com peso adequado para a idade gestacional. No segundo dia de vida observam-se petéquias. Sua mãe realizou 10 consultas de pré-natal, sem intercorrências, não tem história de doença crônica e tem contagem de plaquetas normal. Exame físico: ativo, em aleitamento materno exclusivo, com sucção efetiva. Exames laboratoriais: plaquetas =  $15.000/mm^3$ , hematócrito = 49%; leucócitos =  $7.900/mm^3$  (0/1/0/0/2/49/40/8). A hipótese diagnóstica mais provável para esse bebê é:**
  - a) infecção congênita por citomegalovírus
  - b) trombocitopenia neonatal autoimune
  - c) sepse neonatal precoce
  - d) trombocitopenia neonatal aloimune
- 4. Recém-nascido, 28 dias, com recusado seio materno e sem ganho de peso. Exame físico: hidratado, febril ( $Tax=39^\circ C$ ), pálido 1+/4+ e apático; ausculta cardiopulmonar normal; ausência de rigidez de nuca e fontanela anterior normotensa. Exames laboratoriais: leucócitos =  $22.000/mm^3$  (metamielócitos: 1%, bastões: 12%; segmentados: 64%, linfócitos: 18%, monócitos: 5%), exame simples de urina: leucocitúria de 80-100 leucócitos/campo, proteinúria de 1+, presença de bactérias. A urinocultura só estará disponível em 72 horas. A conduta melhor indicada para este recém-nascido, neste momento, é:**
  - a) iniciar sulfametoxazol-trimetoprim até resultado da urinocultura
  - b) internar e iniciar antibioticoterapia sistêmica
  - c) internar e iniciar antibioticoterapia após o resultado do antibiograma
  - d) iniciar a investigação por imagem com urografia excretora
- 5. Em relação à síndrome de Osgood-Schlatter pode-se afirmar que:**
  - a) manifesta-se com dor em calcâneo
  - b) raramente é bilateral
  - c) ocorre mais frequentemente em pré-escolares
  - d) é mais prevalente em meninos
- 6. Na interpretação dos exames complementares da febre reumática deve-se considerar que:**
  - a) a proteína C reativa eleva-se mais tardiamente que a velocidade de hemossedimentação e não é útil na fase aguda
  - b) as elevações da ASO e da anti-DNase B comprovam estreptococcia prévia em 100% dos casos
  - c) a velocidade de hemossedimentação está sempre elevada em pacientes com insuficiência cardíaca
  - d) o eletrocardiograma ajuda a identificar um dos critérios menores

7. Lactente, dois anos, internado com quadro de diarreia, vômitos e desidratação grave há 3 dias. Após expansão volêmica seguida de hidratação venosa vigorosa com suplementação de sódio e potássio, apresenta edema palpebral bilateral, choro com lágrimas, mucosas hidratadas, perfusão capilar periférica satisfatória, pulsos com boa amplitude e pressão arterial normal. Entretanto, evolui com oligúria, aumento importante das escórias nitrogenadas e acidose metabólica. Eletrocardiograma (ECG): achatamento importante de onda P, QRS com alargamento significativo e onda T apiculada. As hipóteses diagnósticas mais prováveis para o paciente e as condutas iniciais a serem tomadas, são:

- insuficiência renal pré-renal e hiperpotassemia. Interromper a hidratação venosa com suplementação de potássio, administrar gluconato de cálcio, corrigir acidose metabólica com bicarbonato e administrar furosemida venosa
- desidratação mantida, sem insuficiência renal. Aumentar infusão de líquidos, suspender potássio e fazer furosemida venosa
- insuficiência renal pré-renal e hipopotassemia. Aumentar volume de hidratação venosa com suplementação de potássio e repetir exames em breve
- desidratação mantida, sem insuficiência renal. Manter hidratação venosa com sódio e potássio e fazer expansão volêmica para aumentar diurese

8. Menino, sete anos, com claudicação e febre alta há 5 dias associadas à sonolência e respiração “acelerada”. Exame físico: sonolência, FC = 160bpm, FR=38irpm, SaTO<sub>2</sub> = 95%; PA = 80x40mmHg, pulsos de amplitude aumentada e perfusão capilar periférica de 1 segundo. Afebril no momento. Presença de ferida no maléolo medial direito com pouca secreção purulenta, que mãe relata ter ocorrido no futebol. Apresenta restrição à movimentação de região de articulação coxo-femoral direita, com sinais flogísticos

expressivos. Exames laboratoriais iniciais: leucócitos= 20.000/mm<sup>3</sup> (15% bastões e 70% de segmentados), proteína C reativa = 60mg/L; lactato 3,5 mmol/L, pH = 7,30; bicarbonato = 15mmol/L; BE = -10. As hipóteses diagnósticas mais prováveis e as condutas imediatas, respectivamente, em ordem de prioridade são:

- artrite séptica. Solicitar parecer da ortopedia, antibioticoterapia após confirmação do diagnóstico, e hidratação venosa com necessidades diárias
- artrite séptica transitória de quadril, celulite na ferida da perna, síndrome de resposta inflamatória sistêmica. Iniciar antibioticoterapia, solicitar parecer da ortopedia
- artrite séptica de quadril, sepse grave. Fazer expansão volêmica imediatamente com soro fisiológico e iniciar antibioticoterapia o mais breve possível
- artrite séptica de quadril e sepse. Iniciar antibioticoterapia, hidratação venosa com necessidades hídricas diárias

9. Menino, oito anos, apresenta crise convulsiva tônico-clônica generalizada, com duração de 10 minutos, segundo os responsáveis. Pais negam crises prévias ou outras comorbidades. Negam uso de medicamentos. A primeira conduta, inicial e imediata, para esta criança deve ser:

- a fenitoína venosa pode ser utilizada na ausência de resposta aos benzodiazepínicos e deve ser administrada em bolus
- trata-se de uma crise convulsiva generalizada, mas ainda não considerada como status epiléptico pois a duração não é superior a 30 minutos
- na dificuldade de acesso venoso imediato algumas opções efetivas no controle da crise convulsiva são midazolam oral ou intranasal e diazepam retal
- na ausência de resposta aos benzodiazepínicos e fenitoína venosa, considerar a utilização de tiopental e/ou propofol

- 10. Em relação ao segundo ano de vida de uma criança, pode-se afirmar que:**
- a) ainda ocorre importante crescimento cerebral e aumento da mielinização cerebral, resultando em crescimento do perímetro cefálico de 4-5 cm ao longo do ano
  - b) o desenvolvimento da linguagem é notório neste período e aos 18 meses espera-se um vocabulário de 10 a 15 palavras
  - c) a maior parte dessas crianças conseguirão andar sem apoio por volta dos 12 a 15 meses de idade, e a aquisição de marcha sem apoio precocemente está associada a aquisição precoce de outros marcos em outras áreas do desenvolvimento
  - d) ao final do 2º ano de vida, espera-se que a criança seja capaz de subir escadas alternando os pés nos degraus
- 11. Lactente, oito meses apresenta pela primeira vez, crise convulsiva em casa, durante episódio de febre, tônico-clônica generalizada, com duração de cerca de três minutos. Pais referem sintomas de coriza hialina nas últimas 48 horas. Nega febre anteriormente ao episódio convulsivo. Não trazem cartão de vacinação do menor e não sabem informar se a vacinação está em dia. Exame físico: sonolento e choroso, Tax = 38,5°C, sem sinais de irritação meníngea comfontanela anterior normotensa,. Restante do exame físico sem anormalidades, sem sinais de localização de infecção. Em relação ao adequado manejo deste paciente na emergência, pode-se afirmar que:**
- a) deve-se primeiro excluir infecção do sistema nervoso central e distúrbios metabólicos, e só então, diagnosticar como crise febril simples
  - b) trata-se de primeira crise febril simples e a conduta deve ser orientar aos pais sobre a benignidade do quadro
  - c) punção lombar deve ser realizada para excluir infecção no sistema nervoso central somente após a realização de tomografia de crânio
  - d) pode-se tratar de início de um quadro de epilepsia e deve-se solicitar o parecer de um neurologista infantil
- 12. Criança com episódios recorrentes de hematúria, na qual se observa a presença de acantócitos urinários acima de 5% sugere a ocorrência de:**
- a) rabdomiólise
  - b) infecção urinária
  - c) hipercalciúria
  - d) doença de *Berger*
- 13. Criança, cinco anos, de origem Síria, é atendida no ambulatório com relato de dificuldade em manter os olhos abertos, pentear os cabelos e ficar de pé, principalmente à noite. Refere diplopia e observa-se fala arrastada. Exame físico: ptose palpebral bilateral, dificuldade de elevar os membros, após algumas tentativas. Restante do exame físico sem alterações. Este quadro clínico refere-se a:**
- a) síndrome de *Werdnig-Hofmann*
  - b) *miastenia gravis*
  - c) amiotrofia espinhal tipo II
  - d) poliomielite
- 14. Menino, oito anos, diabetes mellitus tipo 1 há 3 anos, é acompanhado regularmente, com boa adesão ao tratamento insulínico e hemoglobina glicada variando de 6,5 a 7,5%. Porém, na consulta médica de rotina, nota-se que a velocidade de crescimento foi de 2,5cm no último ano. Além disso, não vem ganhando peso adequadamente, e sua família está preocupada porque houve um aumento notório na frequência de hipoglicemias, apesar da dose de insulina ter permanecido a mesma. Queixa-se de dores abdominais esporádicas. Diante deste quadro, os exames laboratoriais importantes, para se formar uma hipótese diagnóstica provável, são:**
- a) TSH, T4 livre, anticorpo anti TPO e ultrassonografia de tireóide
  - b) anticorpo anti-transglutaminase IgA, IgA total e endoscopia digestiva alta com biópsia intestinal
  - c) exame parasitológico de fezes e tomografia computadorizada de abdome
  - d) ureia, creatinina, eletrólitos e ultrassonografia de vias urinárias

15. Lactente, 2 anos e 6 meses, é levado à emergência comatoso. Pais relatam que há duas semanas o filho tem estado mais quieto, sem vontade de brincar, com perda de peso, irritabilidade, aumento da ingestão de líquidos precisando usar fraldas para dormir. Há dois dias iniciou vômitos e parecia estar com dificuldade para respirar. Hoje sonolento, sem febre. Exame físico: dispneico, desidratado, com perfusão periférica lentificada, Tax = 37,3°C, PA = 70x40mmHg, FC = 160bpm e FR = 50irpm. Ausculta pulmonar e cardíaca sem alterações. Abdome plano, doloroso difusamente à palpação, sem massas ou visceromegalias. Nuca livre, pupilas isocóricas e fotorreagentes. Exames laboratoriais: hematócrito = 40%, hemoglobina = 12g/dL; Leucometria total = 18.000/mm<sup>3</sup> (70% neutrófilos). Plaquetas = 335.000/mm<sup>3</sup>; EAS: 12 piócitos/campo; cetonúria = 3+; glicosúria: 4+; gasometria arterial: pH = 7,05; HCO<sub>3</sub> = 9 mEq/L; PaCO<sub>2</sub> = 20mmHg; PaO<sub>2</sub> = 90mmHg; SaTO<sub>2</sub> = 98%; ureia = 70mg/dL; creatinina = 0,4mg/dL; Na = 128mEq/L; K = 5,6mEq/L; glicemia = 600mg/dL. A hipótese diagnóstica mais provável e a conduta específica mais adequada são:
- sepsis de foco urinário; hidratação venosa e cefepime venosa
  - meningite bacteriana aguda; ceftriaxone e dexametasona venosa
  - asma grave; nebulização com fenoterol e metilprednisolona venosa
  - cetoacidose diabética; hidratação e insulina venosas
16. Pré-escolar, dois anos, há uma semana com coriza e espirros evoluindo há três dias com febre frequente (Tax=38-38,5°C), prostração e respiração "rápida". Exame físico: pouco reativo, FC = 170bpm; FR = 60irpm, PA normal para idade, retração intercostal e subcostal, ausculta pulmonar com redução de murmúrio vesicular em 1/3 médio de hemitórax direito e estertores subcrepitantes em base de hemitórax esquerdo, SaTO<sub>2</sub> = 87%. Colocado em macronebulização com fluxo 10L/min seguido de 15L/min de O<sub>2</sub>. Apresenta melhora discreta na oximetria de pulso (91%), mas evolui com piora do estado neurológico, sem reação à manipulação e queda da saturação (89%). RX de tórax: hipotransparência de 1/2 inferior, bilateralmente, com broncograma aéreo. Exames laboratoriais: hemograma com leucocitose, 20% de bastões; proteína C reativa elevada e gasometria arterial em macronebulização com 15 L/min O<sub>2</sub>; pH = 7,35, PaO<sub>2</sub> = 48mmHg, PaCO<sub>2</sub> = 45mmHg, bicarbonato de 20mmol/L, BE = -5, Sat.O<sub>2</sub> = 86%. A causa e a conduta imediata para esse quadro de pneumonia com insuficiência respiratória aguda são:
- hipoxemia; aumentar oferta de oxigênio com máscara de alto fluxo com reservatório sem reinalação
  - hipoxemia; não retardar intubação traqueal
  - hipercapnia; acoplar criança na ventilação não invasiva e reavaliar em 30 minutos
  - hipercapnia; aumentar oferta de oxigênio e iniciar nebulizações com broncodilatador
17. Bebê, nascido de parto normal, Apgar 9/10, apresenta, nas primeiras horas de vida, desconforto respiratório progressivo com cianose importante. A ausculta cardíaca revela ritmo cardíaco regular em 2T, sopro sistólico 2+/6+ em borda esternal esquerda e FC = 172 bpm. É iniciada assistência ventilatória sem melhora da hipoxemia. Radiografia (RX) de tórax: área cardíaca aumentada e acentuação da trama vascular pulmonar. ECG: hipertrofia ventricular direita. A principal hipótese diagnóstica para essa criança é:
- atresia pulmonar
  - tetralogia de Fallot
  - transposição das grandes artérias
  - drenagem anômala de veias pulmonares

18. Lactente, um mês, alimentado com fórmula infantil desde a primeira semana de vida, apresenta escamas amareladas e aderidas no couro cabeludo, fissuras retro auriculares e eczema na face, nas pregas antecubitais e na região das fraldas. A hipótese diagnóstica mais provável é:
- dermatite atópica
  - alergia a proteína do leite de vaca
  - acrodermatite enteropática
  - dermatite seborreica
19. Criança, seis anos, é levada à emergência por apresentar quadro de “alergia”. Exame físico: lesões cutâneas em forma de “alvo”, arredondadas, com borda eritematosa, parte interna rosada e centro necrótico, na região malar, face extensora dos membros superiores e no tronco, acometendo também as palmas das mãos e planta dos pés, presentes há cerca de 72 horas. Não tem queixa de prurido. Em relação ao diagnóstico mais provável deste quadro cutâneo, podemos afirmar que:
- reação à droga é a etiologia mais provável
  - infecção secundária e desidratação são complicações frequentes
  - pode haver envolvimento da mucosa oral
  - em geral ocorre em lactentes e pré-escolares
20. Menino, quatro anos, com relato dopai, que co-habita com o menor, ter diagnóstico de tuberculose pulmonar (baciloscopia no escarro positiva) há uma semana em tratamento há 5 dias. O menor está assintomático. Foram solicitados PPD, cujo resultado é 10mm, e Rx de tórax, normal. A conduta mais adequada, em relação a esta criança no momento, é:
- acompanhamento clínico e radiológico de 6/6 meses, sem iniciar medicação
  - iniciar tratamento com isoniazida e manter por 6 meses
  - apenas afastar o pai do menor, pois este último não está infectado
  - iniciar esquema básico com rifampicina, isoniazida e pirazinamida, devido ao contato e PPD reator
21. Lactente, sete meses, admitido na emergência com relato de “que aparenta estar cansado”. Segundo informações da mãe, há aproximadamente quatro dias houve início de coriza, evoluindo com tosse há 48 horas. Hoje apresenta pico febril de 38°C e ela observou “cansaço”. Refere que os dois irmãos, em idade escolar, estão resfriados. Nega recusa alimentar ou queda do estado geral. Exame físico: bom estado geral, corado e hidratado; FR = 40irpm; SaTO<sub>2</sub> = 96%. Não há sinais de desconforto respiratório e ausculta respiratória revela sibilos esparsos. A mãe nega qualquer patologia prévia. A hipótese diagnóstica mais provável e a conduta mais adequada para esta criança, respectivamente, são:
- pneumonia adquirida na comunidade; realizar RX de tórax e iniciar antibioticoterapia oral
  - resfriado comum; lavagem nasal com soro fisiológico
  - bronquiolite viral aguda; tratamento com sintomáticos e orientação para retorno em surgimento de sinais de gravidade
  - pneumonia atípica; iniciar macrolídeo oral e rever em 48 horas
22. Lactente, quatro meses de vida, com diarreia crônica, baixo peso ponderal, candidíase oral persistente e reação importante à vacina BCG. É importante considerar a possibilidade, nesta criança, de:
- imunodeficiência combinada grave
  - deficiência seletiva de IgA
  - hipogamaglobulinemia transitória da infância
  - imunodeficiência comum variável
23. Lactente, oito meses, foi tratado de pneumonia aos 5 meses de vida com oxacilina. No momento, apresenta febre e queda do estado geral há seis dias. Exame físico: pálido, febril, com hepatomegalia e lesão sugestiva de abscesso perianal. A hipótese diagnóstica mais provável é:
- síndrome de *Wiskott-Aldrich*
  - doença granulomatosa crônica
  - agamagobulinemia ligada ao X
  - síndrome de *Chédiak-Higashi*

24. Adolescente, 15 anos, comparece a consulta de rotina preocupada com a sua altura. Nega patologias. A altura do pai é 172cm e da mãe é 160cm e a menarca materna foi aos 15 anos. Exame físico: IMC no escore z:-2 e altura no escore z:-3. A velocidade de crescimento é de 4,8cm/ano e o *Tanner* é M1P1. A hipótese diagnóstica mais provável para esta jovem é:
- síndrome de *Turner*
  - atraso puberal
  - puberdade normal
  - síndrome do X frágil
25. Adolescente, 12 anos, é levada à emergência por sua mãe devido à febre elevada. Relata que estavam de férias na região amazônica e que retornaram há cerca de 72 horas porque a menina apresentava febre baixa, inicialmente, coriza, olhos vermelhos e tosse. Refere que a tosse se intensificou e a temperatura subiu para 39,5-40°C. A jovem reside em região urbana e os pais pertencem a um movimento contrário à vacinação. Exame físico: Tax = 39°C, SatO<sub>2</sub> = 96%, FR = 40irpm, FC = 100bpm. Leve hiperemia ocular bilateral e tosse importante. Queixa-se de fotofobia, e “sapinho” na boca. A hipótese diagnóstica mais provável para esta adolescente é:
- exantema súbito
  - sarampo
  - eritema infeccioso
  - mononucleose
26. Recém-nascido a termo, com polidrâmnio, nasce com boa vitalidade, elimina mecônio na sala de parto e é encaminhado para o alojamento conjunto. Nas primeiras horas de vida apresenta vômitos não biliosos e distensão abdominal. O RX simples de abdome mostra sinal da dupla bolha. A hipótese diagnóstica mais provável é:
- megacolon congênito
  - atresia ileal
  - pâncreas anular
  - atresia de esôfago
27. Menino, 7 anos, vai a consulta pediátrica pela primeira vez. Os pais estão muito apreensivos, pois seu filho foi recém diagnosticado com diabetes mellitus tipo 1. Eles estão confusos, já que não sabiam que crianças poderiam ter diabetes e não há ninguém na família com este diagnóstico. Entre as inúmeras dúvidas, há uma que os angustia bastante: o risco do irmão, que tem 2 anos de idade, vir a desenvolver o diabetes tipo 1 também. Pode-se afirmar que esse risco é de aproximadamente:
- 6%
  - 30%
  - 50%
  - 90%
28. Recém-nascido a termo, com boas condições clínicas, em aleitamento materno exclusivo, alojamento conjunto, foi submetido a teste da oximetria de pulso (*coraçõzinho*) com 30 horas de vida. A saturação de oxigênio no membro superior direito (MSD) foi 98% e no membro inferior direito (MID) foi de 93%. A conduta mais adequada para esta criança é:
- repetir o teste de oximetria em uma hora e, se mantiver o resultado realizar ecocardiograma
  - refazer o teste de oximetria, dentro de 10 minutos, e se mantiver o resultado realizar ecocardiograma
  - considerar como resultado normal e dar alta para seguimento ambulatorial de rotina
  - realizar imediatamente teste da hiperoxia ou ecocardiograma para decidir conduta
29. A manifestação clínica inicial, nos casos típicos de eritema infeccioso em crianças, é:
- exantema confluyente na face
  - febre alta ou moderada persistente
  - enantema puntiforme no palato
  - hiperemia conjuntival discreta

**30. Recém-nascido, 35 semanas de idade gestacional, nascido de parto vaginal, Apgar 8/9, com história de bolsa rota de 20 horas, sem antibiótico intraparto, evolui no alojamento conjunto com hipoatividade, dificuldade de sucção e distermia. São coletados hemograma, proteína C reativa, hemocultura e líquido, este último evidenciando pleocitose, com predomínio de polimorfonucleares, hiperproteínoorraquia e hipoglicorraquia. O grupo de agentes etiológicos mais comuns, nesses casos, são:**

- Streptococcusagalactiae, Escherichia coli, Listeriamonocytogenes*
- Neisseriameningitidis, Streptococcuspneumoniae, Haemophilusinfluenzae*
- Streptococcus agalactiae, Salmonella, Streptococcus pneumoniae*
- Staphylococcus aureus, Neisseriameningitidis, Streptococcuspneumoniae*

**31. Na fase paroxística da coqueluche típica na criança, em geral, os achados considerados mais frequentes, são:**

- ausência de febre + leucocitose intensa + linfocitose
- febre + tosse seca + linfocitose
- tosse metálica + vômitos em jato + leucocitose intensa
- rouquidão + febre moderada + leucopenia

**32. Diante da suspeita de artrite séptica deve-se considerar que:**

- em adolescentes, deve-se suspeitar de etiologia gonocócica
- a VHS é melhor preditora de artrite séptica do que a proteína C reativa
- a cultura do líquido sinovial raramente é positiva
- hemoculturas não ajudam na identificação do agente etiológico

**33. O agente etiológico da febre reumática é:**

- Staphylococcus aureus*
- Streptococcus pyogenes*
- Streptococcus viridans*

d) *Streptococcus beta hemolítico do grupo B*

**34. Recém-nascido, quinto dia de vida, retorna à maternidade com sua mãe que informa ter observado a pele e os olhos amarelados desde o 3º dia de vida, além de “caroço na cabeça que inicialmente era mole e agora está ficando endurecido”. O bebê está sugando bem, nasceu de parto normal, pesou 3350g, 39 semanas, adequado para a idade gestacional e Apgar 7/9. Exame físico: ativo e reativo, corado, hidratado, eupneico, acianótico, icterico 2+/4+ até a perna e pés. Na cabeça palpa-se tumefação firme e flutuante, bem delimitada sobre osso parietal direito, que não transpõe sutura, de consistência amolecida. Exames laboratoriais: hemácias = 4.900.000/mm<sup>3</sup>; hemoglobina = 16g/dL, hematócrito = 49%; leucócitos = 9.600/mm<sup>3</sup> e plaquetas = 250.000/mm<sup>3</sup>, reticulócitos = 2%. Mãe O<sup>+</sup> e RN A<sup>+</sup>, Teste de Coombs direto negativo, bilirrubinas totais = 20mg/dL, bilirrubina direta = 0,5mg/dL. A provável etiologizada icterícia e a conduta mais adequada são:**

- hemólise do cefalohematoma; reinternar para realizar fototerapia
- doença hemolítica perinatal por ABO; realizar exsanguinotransfusão
- doença hemolítica perinatal por ABO; programar fototerapia
- icterícia do leite materno; suspender o aleitamento materno por 48 horas

**35. Pré-escolar, dois anos, é encaminhada para avaliação de sopro sistólico ejetivo 3+/6+, mais audível em borda esternal esquerda alta e com *click* sistólico. Pode-se afirmar que a ausculta cardíaca é sugestiva de estenose:**

- pulmonar grave
- aórtica moderada
- pulmonar leve
- aórtica grave

- d) meningoencefalite bacteriana e hipertensão intracraniana
36. Lactente masculino, dois meses, com diarreia e irritabilidade há cinco dias. O aleitamento materno exclusivo foi interrompido aos 15 dias de vida, pois o leite “era fraco”. Há cerca de 10 dias foram introduzidas mamadeiras de leite de vaca com amido de milho, sal e açúcar, pois a mãe acha que o leite fica espesso e assim “fica melhor alimentado”. Exame físico: torporoso, porém irritado à manipulação, chora com poucas lágrimas, turgor de pele aumentado, fontanela deprimida, taquicárdico e taquipneico. Mãe relata que há 12 horas não troca as fraldas com urina. Exames laboratoriais:  $\text{Na}^+ = 160\text{mmol/L}$ ;  $\text{pH} 7,25$ ; bicarbonato de sódio =  $15\text{mmol/L}$ ; excesso de base =  $-12\text{mmol/L}$ . O tipo de desidratação e a conduta inicial adequada para o lactente, respectivamente, são:
- hiponatrêmica, expandir a volemia com NaCl 0,9% imediatamente
  - hipernatrêmica, fazer reposição de água livre imediatamente
  - hipernatrêmica, expandir a volemia com NaCl 0,9% primeiramente
  - hiponatrêmica, fazer expansão com NaCl 3%
37. Escolar, 10 anos, previamente hígido é levado à emergência sonolento, com história de febre ( $38,5^\circ\text{C}$ ), cefaleia e vômitos há três dias. Exame físico: sinais de *Kerning* e *Brudzinski* positivos, escala de coma de Glasgow = 10. Enquanto aguarda o resultado dos exames, apresenta crise convulsiva, seguido de torpor, bradicardia e hipertensão arterial. Exame do líquido: 200 células/ $\text{mm}^3$ , 90% polimorfonucleares, 10% mononucleares, proteína =  $100\text{mg/dL}$ , glicose de  $20\text{mg/dL}$ . Nesse momento, a hipótese diagnóstica mais provável e a consequente evolução são, respectivamente
- meningite bacteriana e epilepsia
  - meningoencefalite viral, convulsão febril
  - meningite viral e hipertensão intracraniana
  - meningoencefalite bacteriana e hipertensão intracraniana
38. Menina, 10 anos, é avaliada no ambulatório de pediatria por dificuldade de aprendizado. Exame físico: 13 manchas “café com leite” variadas, medindo 10 a 15mm no seu maior diâmetro, localizadas em tronco e membros, além de máculas hiperocrômicas axilares, múltiplas, com diâmetro de 2-3 mm. A mãe da paciente também apresenta múltiplas manchas com a mesma coloração em tronco e membros. Diante desse quadro, a hipótese diagnóstica mais provável é:
- esclerose Tuberosa
  - síndrome de *Noonan*
  - neurofibromatose tipo 1
  - síndrome de *Sturge-Weber*
39. Recém-nascido, parto cesáreo, sexo masculino com 8 horas de vida, 39 semanas de idade gestacional, peso de nascimento de 3.980g, mãe diabética. Exame físico: taquidispneia moderada, cianótico, oximetria = 72%, sem resposta a administração de oxigênio. Ritmo cardíaco regular com B2 única e hiperfonética. Sopro sistólico ejetivo mais audível em borda esternal esquerda alta. FC = 180bpm. Perfusão periférica lentificada. RX de tórax: área cardíaca levemente aumentada. Mediastino estreito. Fluxo pulmonar normal. A conduta mais adequada a ser instituída, imediatamente, é iniciar:
- beta-bloqueador
  - indometacina
  - infusão de prostaglandina E1
  - dobutamina
40. Recém-nascido a termo, peso adequado para a idade gestacional, com uma semana de vida apresenta pequenas pápulas e pústulas sobre base eritematosa no tronco, face e membros, incluindo palmas e plantas. A mãe informa que observou quadro semelhante no segundo dia de vida, que desapareceu em 48 horas e retornou poucos dias depois. A hipótese diagnóstica mais provável é:
- acropustulose infantil
  - melanose pustulosa transitória neonatal

- c) sífilis congênita  
d) eritema tóxico
41. Adolescente, 12 anos, é levada ao ambulatório de pediatria por sua mãe, que traz exame de rotina mostrando glicemia de jejum de 220mg/dL e exame de urina realizado há 6 meses, com glicosúria. Em sua história, nega polidipsia, porém relata levantar duas vezes à noite para urinar. Refere ter emagrecido 1kg nos últimos 3 meses, após ter iniciado dieta por conta própria, pois está se achando gordinha e não quer ficar obesa como sua mãe e suas tias. Avó materna diabética, falecida aos 55 anos por AVC. Mãe é hipertensa e teve diabetes na gestação, mas desde então não mediu a glicemia. Exame físico: 1,50m de altura, 65kg, bom estado geral, hidratada, eupneica. Abdome globoso e *acantose nigricans* na região cervical. Apresenta candidíase vaginal e a PA = 140 x 90mmHg. Sem outras alterações. Pode-se afirmar que a hipótese diagnóstica mais provável é diabetes mellitus tipo:
- 2, já que a evolução é insidiosa, a paciente é oligossintomática e apresenta sinais sugestivos de resistência à insulina
  - 1 e deve ser encaminhada à emergência devido ao risco iminente de cetoacidose diabética
  - 2 e deve-se iniciar o tratamento com sulfoniluréia como droga de primeira escolha
  - 1, já que há outros familiares com diabetes, além de ser o tipo mais comum nesta faixa etária
42. Adolescente, nove anos, previamente saudável apresenta parada cardiorrespiratória durante partida de futebol recreativa. Sobre a morte súbita na infância pode-se afirmar que:
- anomalias de coronárias não causam morte súbita
  - fibrilação ventricular é a causa mais comum
  - miocardite é comumente encontrada no estudo patológico
  - intervalo QT curto aumenta risco de arritmias ventriculares
43. Muitas vezes alterações dermatológicas observadas na criança podem ser sinais de carência nutricional. Dentre as opções a seguir, a que relaciona corretamente as alterações cutâneas com o nutriente em falta é:
- lesões vesicobolhosas ou psoriasiformes simetricamente distribuídas, acometimento perioral - deficiência de zinco
  - edema e eritema em áreas fotoexpostas como face, dorso das mãos e pescoço - deficiência de vitamina C
  - ceratose folicular, enrolamento de pelos no tronco e membros - deficiência de aminoácidos essenciais e proteínas
  - descamação castanho- avermelhada fina, difusa, com erosões e fissuras lineares - deficiência de vitamina A
44. Lactente, três meses, com bom ganho de peso e estatura comparece a consulta de puericultura. Mãe relata que estava em aleitamento materno exclusivo sem intercorrências, porém há 1 semana ofereceu mamadeira de fórmula infantil à base de proteína de leite de vaca quando precisou ausentar-se em uma tarde. Após 30 minutos, o lactente iniciou choro forte e placas de urticária por todo o corpo. Houve regressão espontânea das lesões no mesmo dia. O tipo de alergia à proteína do leite de vaca e a conduta terapêutica inicial mais adequada, respectivamente, são:
- IgE mediada; manter o aleitamento materno por 8 semanas e reintroduzir o leite de vaca após
  - não IgE mediada; manter o aleitamento materno e complementar com fórmula de soja na ausência da mãe
  - mista; iniciar fórmula extensamente hidrolisada à base de proteína do leite de vaca
  - IgE mediada; estimular o aleitamento materno exclusivo sem restrições alimentares maternas

**AS PERGUNTAS 45 E 46 SÃO REFERENTES AO CASO CLÍNICO ABAIXO:**

Pré-escolar, três anos, apresenta tosse produtiva há cinco dias e febre há três dias associada à hiporexia. Estado geral preservado, corada, afebril e com boa perfusão capilar periférica. Não há tiragem intercostal e subcostal e a ausculta pulmonar revela estertores crepitantes no terço inferior do hemitórax esquerdo e FR = 50irpm. RX de tórax: condensação na base pulmonar esquerda com broncograma aéreo de permeio, sem derrame pleural ipsilateral.

**45. A hipótese diagnóstica principal é pneumonia adquirida na comunidade cujo agente etiológico mais provável é:**

- a) *Mycoplasma pneumonia*
- b) *Streptococcus pneumoniae*
- c) *Chlamydia trachomatis*
- d) *Haemophilus influenzae* tipo b

**46. A conduta mais adequada é:**

- a) iniciar amoxicilina e reavaliar em 48 horas, ambulatorialmente
- b) interná-lo e iniciar penicilina cristalina
- c) interná-lo e iniciar amoxicilina com clavulanato de potássio
- d) iniciar claritromicina e manter o tratamento por 2 semanas, ambulatorialmente

**47. Adolescente, 11 anos, comparece à consulta de rotina relatando dor discreta na bolsa escrotal há três meses. Nega traumas. Exame físico: aumento do volume da bolsa escrotal, percebido com manobra de Valsalva e a transiluminação é positiva. Tanner G2P1. USG com Doppler: testículos de dimensões iguais e ausência de massas. A hipótese diagnóstica mais provável é:**

- a) espermatocoele
- b) torção testicular
- c) varicocele
- d) hidrocele comunicante

**48. Escolar, sete anos, é levado por sua mãe ao serviço de emergência pediátrica com tosse seca há 3 dias que evolui, hoje, com sensação de falta de ar e febre. Exame físico: alerta, afebril, conversando, com tosse seca, discreta tiragem intercostal e ausculta respiratória apresentando sibilos difusos, FR = 34irpm; FC = 105bpm; SaTO<sub>2</sub> = 96% em ar ambiente. A terapêutica inicial mais adequada, neste momento é:**

- a) corticóide intramuscular, oxigênio e nebulização com adrenalina
- b) oxigênio, corticóide intravenoso e  $\beta_2$  agonista a cada 20 minutos na primeira hora, via nebulização ou spray com espaçador
- c)  $\beta_2$  agonista a cada 20 minutos na primeira hora via nebulização ou spray com espaçador
- d) corticóide intramuscular e  $\beta_2$  agonista a cada 20 minutos na primeira hora via nebulização ou spray com espaçador

**49. Adolescente, 16 anos, chega à emergência trazido pelo SAMU. Está visivelmente alcoolizado, falando frases desconexas. Exame físico: presença de lesão peniana, ulcerada, única, indolor, com adenopatia inguinal bilateral, sem corrimentos uretrais. Informa não usar preservativo. Diante da hipótese diagnóstica mais provável, o tratamento melhor indicado é:**

- a) azitromicina 1g, via oral, em dose única
- b) ciprofloxacina, 500mg, via oral 2x/dia por 3 dias
- c) penicilina benzatina 2.400.000 UI intramuscular em dose única
- d) ceftriaxone 250mg, intramuscular, em dose única

50. Adolescente, 12 anos, é levado à emergência devido à febre alta (39,5-40°C) há cinco dias. Mãe relata dores musculares, apatia e “garganta inflamada”. No primeiro dia de febre foi levada ao pediatra que diagnosticou amigdalite e prescreveu amoxicilina. Exame físico: FC = 124bpm, FR = 44irpm, PA = 110x70mmHg, enchimento capilar de 2 segundos, oximetria de pulso de 96%. Toxêmico, prostrado, eritema oral, língua em “framboesa”, edema das mãos e pés, conjuntivite bilateral e linfadenopatia cervical. Exames laboratoriais: leucócitos = 15.000cel/mm<sup>3</sup>(7% de bastões), plaquetas = 550.000mm<sup>3</sup>, *monotest* negativo e teste rápido para antígeno estreptocócico negativo. A hipótese diagnóstica mais provável é:

- a) necrose epidérmica tóxica
- b) arterite de *Takayasu*
- c) miocardite bacteriana
- d) doença de *Kawasaki*