

DIVULGAÇÃO DE GABARITO PROVISÓRIO DA PROVA DE PEDIATRIA – TIPO IV

O diretor da Sociedade Hospitalar Angelina Caron torna público o gabarito provisório da prova de Pediatria, para seleção para médicos residentes que concorrem vagas do programa de residência médica em Terapia Intensiva Pediátrica.

1. Criança de 4 anos de idade, dá entrada no Pronto Atendimento com história de febre alta (39,5° C) há 2 dias. Hoje início de rash cutâneo e dor para deambular, nega sintomas de vias aéreas. Refere dor em membros inferiores. Fez uso de Dipirona apenas. Família voltando de férias no nordeste. Ao exame apresenta exantema maculopapular difuso, com algumas áreas vesicobolhosas. Hiperemia conjuntival discreta e pequeno edema de mãos e pés. O quadro clínico descrito é compatível com:
- a) Escarlatina
 - b) Sarampo
 - c) Chikungunya
 - d) Doença de Kawasaki
 - e) Varicela

PROPED Ciclo 3, vol 3, pág. 61

2. Paciente de 2 anos e 3 meses de idade, menino, vem ao consultório com queixa de tosse, coriza e febre de 37,8° C há 2 dias. Aceita menos via oral, apenas mamadeira tem boa aceitação. Mãe relata que durante o ano teve 5 episódios semelhantes, sendo prescrito antibiótico nas duas últimas idas à emergência. Frequenta creche desde os 18 meses. Nega atopia na família. Ao exame encontra-se em bom estado geral, desenvolvimento ponderoestatural e psicomotor adequados para idade. Afebril no momento, hiperemia discreta de orofaringe e membrana timpânica à direita. coriza serosa, secreção hialina em retrofaringe, roncos difusos. A mãe insiste em imunidade baixa, sua orientação:
- a) Encaminha para o otorrinolaringologista e inicia antibiótico para otite.
 - b) Assegura a mãe que o quadro é viral e que até 6 episódios / ano de IVAS é aceitável nessa faixa etária, principalmente em criança que frequente creche. Receita apenas sintomático e higiene nasal.
 - c) Inicia investigação para deficiência humoral, encaminha para imunologista e receita antibiótico de largo espectro (Ceftriaxona) por sinais de imunodeficiência.
 - d) Alerta a mãe para possível imunodeficiência e prescreve fitoterápico.
 - e) Diagnostica rinosinusopatia viral e otite bacteriana. Inicia antibiótico como betalactâmico com dose dobrada. Encaminha posteriormente para otorrino.

PROPED Ciclo 3, vol 3, pág. 113

3. Das causas de trombocitopenia na infância podemos afirmar, exceto:
- a) A sepse pode evoluir com plaquetopenia apenas no período neonatal.
 - b) A anomalia de May-Hegglin está associada a plaquetas gigantes e trombocitopenia.
 - c) Doenças autoimunes como lúpus e artrite reumatóide juvenil podem cursar com plaquetopenia.
 - d) Na Síndrome de Down podemos encontrar plaquetopenia, porém é incomum.
 - e) A Púrpura trombocitopênica idiopática geralmente é precedida por um quadro viral.

PROPED Ciclo 3, vol 3, pág.49

4. Em relação à epidemiologia do afogamento na infância podemos afirmar, exceto:
- a) Dos 5 aos 14 anos de idade o afogamento é a maior causa de morte, segundo a organização mundial de saúde.
 - b) O uso de álcool é fator predisponente.
 - c) Baixo nível socioeconômico é fator de risco.
 - d) Crianças com epilepsia têm 15 a 19 vezes maior chance de se afogar.
 - e) Meninos e meninas têm a mesma chance de se afogar.

PROPED Ciclo 3, vol 1, pág. 55

5. São suspeitas de injúrias intencionais, exceto:
- a) Lesão cerebral como hemorragias, edema cerebral, contusões cerebrais e hemorragias retinianas sem, necessariamente, fratura de calota craniana.
 - b) Fraturas múltiplas bilaterais em diferentes estágios de consolidação.

- c) **Fratura de Colles**
- d) Fraturas espiralares
- e) Lesão biocular isolada, principalmente em crianças abaixo de 3 anos, sem comprometimento do nariz ou outras áreas da face.

Tratado de Pediatria SBP 2ª Ed pág.:132

6. Criança de 2 meses de idade, menina, inicia febre alta (39°C) há 1 dia e irritabilidade. Veio ao pronto atendimento após uso de Dipirona, já se encontrava afebril no momento. Nega sintomas de vias aéreas. Apresentou vômito alimentar durante o exame físico. BEG, sem rigidez de nuca. Oro e otoscopia normais. Abordando a febre sem sinais localizatórios sua conduta no momento:

- a) Prescreve antitérmico para casa e orienta retorno com sinais de alerta como vômitos, manchas pelo corpo, diarreia e febre persistente.

b) **Solicita parcial de urina, hemograma e só libera após avaliação dos mesmos.**

- c) Realiza punção lombar e toma conduta conforme resultado de exame.
- d) Solicita hemograma, parcial de urina, RX de tórax e punção lombar.
- e) Pela idade da criança interna e inicia antibiótico de largo espectro (Ceftriaxona), solicita hemograma, parcial de urina e líquido cefalorraquidiano e deescalona antibiótico se exames normais.

PROPED Ciclo 3, vol 1, pág.83

7. Em relação ao quadro clínico da questão anterior caso a criança tenha uma infecção do trato urinário o método de maior sensibilidade para a coleta da urina é:

- a) Coleta através de saco coletor
- b) Coleta através de passagem de sonda vesical
- c) **Coleta através da punção suprapúbica**
- d) Qualquer método é adequado e de sensibilidade semelhante, contanto que a assepsia ou antisepsia sejam adequadas
- e) A sensibilidade só é aferida através da análise da MIC (Concentração Inibitória Mínima)

PROPED Ciclo 3, vol 1, pág 94

8. Criança de 18 meses de idade é acompanhada por você desde o nascimento, vista aos 12 meses pela última vez no consultório. Mãe se queixa que a criança está atrasada em comparação com a prima de 12 meses. Fala dissílabos, joga objetos para serem alcançados, compreende quando solicitado “onde está a bola?”, já anda sem apoio. Sua conduta:

- a) **Tranquiliza a mãe e orienta que o desenvolvimento varia de criança para criança e que as diretrizes gerais no desenvolvimento do bebê está adequado.**
- b) Solicita neuropediatra e encaminha para fonoaudiologia.
- c) Alerta para uma maior interação com a criança e indica frequentar escolinha para maior contato com outras crianças.
- d) Solicita avaliação de neuropediatra e indica estimulação psicopedagógica.
- e) Tranquiliza a mãe para um desenvolvimento neuropsicomotor adequado, porém indica estimulação com psicopedagoga.

PROPED Ciclo 3, vol 1, pág 53

9. Criança de 5 anos de idade com tumor cerebral fora de possibilidade terapêutica chega ao hospital com queixa de rebaixamento do nível de consciência e vômitos incoercíveis. Ao exame encontra-se obnubilada, pálida, extremamente emagrecida, com olhos encovados e mucosas secas. Assinale a conduta mais correta:

- a) Você interna e solicita vaga de UTI, solicita eletrólitos e inicia nutrição parenteral.
- b) **Corrige a desidratação com solução isotônica, corrige possíveis distúrbios eletrolíticos e faz sintomáticos para dor e vômitos como morfina e ondansetrona. Libera com a família e acompanhamento com nutricionista.**
- c) Diz para a família que, sendo o paciente fora de possibilidade terapêutica, não fará medicação alguma e dá alta.
- d) Intuba o paciente pelo coma e solicita exames metabólicos, faz soro fisiológico 100 ml/kg na primeira hora e solicita vaga de UTI.
- e) Passa sonda nasoenteral para dieta enteral, inicia morfina via parenteral e dá alta.

Tratado de Pediatria SBP 2ª Ed pág.: 21

10.No Paraná, como política de saúde, é incluída a obrigatoriedade apenas dos seguintes procedimentos para o recém-nascido:

- a) Teste do olhinho, realização da BCG intra-hospitalar, teste da orelhinha e teste do pezinho.
- b) Teste do olhinho, teste da linguinha, obrigatoriedade da tipagem sanguínea, teste do pezinho.
- c) Teste do pezinho, teste da orelhinha, teste do coraçãozinho e BCG intra.-hospitalar.
- d) **Teste do coraçãozinho, teste da orelhinha, teste da linguinha, teste do pezinho e vacina da hepatite B na sala de parto.**
- e) Teste da orelhinha, teste do pezinho e do coraçãozinho apenas.

SESA –PR 2018

11.A abordagem da saúde da criança na fase escolar inclui a pesquisa dos seguintes fatores, exceto:

- a) **Religiosidade**
- b) Condições de escolaridade
- c) Habitação
- d) Sexualidade
- e) Sociabilidade

Tratado de Pediatria SBP 2ª Ed. Pág.: 221

12.Na infância a alimentação saudável e a prática de exercícios físicos são essenciais para uma boa saúde, em relação a essas medidas podemos afirmar:

- a) Na infância não existe risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis como a obesidade, diabetes, hipertensão e problemas cardiovasculares, porém a longo prazo cerca de 100% desses adultos serão vítimas de uma dessas doenças.
- b) Instrumentos e estratégias de educação alimentar e nutricional devem apoiar indivíduos, famílias e comunidades na adoção de práticas alimentares saudáveis, porém essas práticas não devem envolver políticas públicas de saúde.
- c) **A pirâmide alimentar é um esquema gráfico que serve como guia para educação nutricional, exemplificando porções e tipos de alimentos indispensáveis para o dia a dia e pode ter resultados positivos na modelação e capacitação para escolhas alimentares saudáveis na infância e na vida adulta.**
- d) No Brasil ainda não temos um guia alimentar para a população brasileira e isso tem sido alvo de debates na execução de políticas de saúde para a infância.
- e) A população brasileira está com a alimentação adequada, comparativamente aos países mais industrializados, pois utilizamos da agricultura de subsistência, o que determina peso adequado para a população infantil.

PROPED ciclo 3 vol 1 pág.: 9

13.Em relação à síndrome metabólica na infância e na adolescência são considerados fatores de risco apenas as seguintes situações abaixo:

- a) **Excesso de peso corporal, obesidade central, aumento da cintura abdominal, baixo nível de atividade física, nível socioeconômico elevado.**
- b) Nível socioeconômico baixo, aumento da circunferência abdominal, aumento da fração HDL do colesterol, peso aumentado de ambos os pais.
- c) Menor consumo de fibras e frutas, maior consumo de industrializados, sedentarismo e baixa ingestão de carboidratos.
- d) Aleitamento materno prolongado (acima dos 2 anos de idade), circunferência abdominal elevada, resistência insulínica e aumento de triglicerídeos.
- e) Uso indiscriminado de polivitamínicos, aumento da circunferência abdominal, exercícios com carga muscular elevada na primeira infância, aumento de triglicerídeos.

PROPED ciclo 3 vol 1 pág.: 123

14.São sinais de alerta para avaliação da criança com suspeita de transtorno do espectro autista, exceto:

- a) Ausência de balbúcio aos 12 meses.
- b) Ausência de palavras aos 16 meses.
- c) **Dar “tchau” ou apontar objetos aos 10 meses.**
- d) Movimentos repetitivos e estereotipados.
- e) Ecolalia ou perda da fala, balbúcio ou habilidades sociais em qualquer idade.

PROPED ciclo 3 vol 2 pág.: 34

15. Paciente com 7 anos de idade, sexo masculino, dá entrada no pronto atendimento com queixa de tosse e dispneia. Refere 2 episódios anteriores com internação na UTI, nega febre. Há 3 dias coriza serosa. Refere prurido nasal persistente e ronco noturno, nega uso de medicação contínua. Irmão de 12 anos com história de asma, mãe e pai com rinite. Ao exame:

T= 37,3°C FC= 125 bpm FR= 55 ipm

Alternando agitação e sonolência. Tiragem IC acentuada, silêncio bilateral à ausculta pulmonar. Fígado a 3 cm do RCD. Diagnóstico e conduta mais adequada:

- a) Asma aguda grave quase fatal, oxigenioterapia e monitorização com oximetria de pulso, inalação com aerossol de Salbutamol contínuo. RX tórax e gasometria arterial. Solicita vaga de UTI.
- b) Asma aguda grave, Inalação com beta 2 agonista e encaminha para a UTI.
- c) **Asma aguda grave quase fatal, oxigenioterapia, inicia beta2 agonista inalatório 3 ciclos a cada 20 min, corticóide sistêmico e considera uso de sulfato de magnésio e monitorização contínua.**
- d) Asma aguda moderada, inalação com beta2 agonista e brometo de ipratrópio., corticóide inalatório, antibioticoterapia e libera para casa.
- e) Oxigênio em cateter nasal, monitorização contínua, inalação com adrenalina e uso de dexametasona IM.

PROPED ciclo 3 vol 2 pág.: 87

16. São considerados fatores de risco de morte por crise de asma, exceto:

- a) História prévia de internações em UTI.
- b) Baixo nível socioeconômico
- c) Problemas psicossociais importantes
- d) História de má adesão a um tratamento contínuo para asma.
- e) **Pacientes em uso de corticóide inalatório.**

Ref.:PROPED ciclo 3 vol 2 pág.: 106

17. Criança de 4 anos de idade, menino, dá entrada no pronto atendimento com queixa de tosse e febre há 3 dias.

Procurou unidade de saúde há 2 dias, sendo receitada higiene nasal com soro fisiológico e paracetamol. Há 1 dia recusa alimentar e febre mais alta (39,3°C) . Ao exame: T= 38,3°C FR = 45 ipm FC= 126 bpm oxímetro de pulso com SatO2 = 89 em ar ambiente.

Batimento de aletas nasais, tiragem IC leve, MV diminuído à direita, presença de sopro tubário à direita. BRNF, sem sopros. Demais segmentos sp.

Diagnóstico, agente etiológico e tratamento de escolha:

- a) Sepses de foco pulmonar, Klebsiella pneumoniae, Ceftriaxone.
- b) **Pneumonia bacteriana, Streptococo pneumoniae, Penicilina Cristalina.**
- c) Pneumonia, vírus sincicial respiratório, inaloterapia.
- d) Sepses de foco pulmonar, pneumococo, Ceftriaxone.
- e) Sepses de foco pulmonar, Estafilococo aureus, Oxacilina.

PROPED ciclo 3 vol 2 pág.: 147

18. Paciente de 6 meses dá entrada no pronto atendimento com quadro súbito de vômitos abundantes e rebaixamento do nível de consciência acompanhado de edema bipalpebral , edema labial e estridor laríngeo após realização de vacina pentavalente. Mãe com história de rinite e pai teve asma na infância. Encontra-se hipotônico, má perfusão periférica e difícil acesso venoso na chegada. Diagnóstico e conduta mais apropriada:

- a) Choque hipovolêmico, solução fisiológica 100 ml/kg na primeira hora por via intraóssea até estabelecer via venosa.
- b) **Choque anafilático, adrenalina IM e solução isotônica 20 ml/kg sucessivamente até restabelecer perfusão.**
- c) Choque tóxico, antibiótico de amplo espectro na primeira hora via intraóssea e solução fisiológica 100 ml/kg na primeira hora.
- d) Choque hipovolêmico, solução fisiológica aberta e droga vasoativa.
- e) Anafilaxia, corticóide sistêmico, anti-histamínico e adrenalina contínua.

PROPED ciclo 3 vol 4 pág.:81

19. RN de 38 ½ semanas de IG, nascido de cesárea por distócia de dilatação, recebe alta com a mãe sem intercorrências. Dá entrada com 3 semanas de vida no pronto socorro com queixa de gemência e cianose. Refere cansaço às mamadas desde o nascimento. Ao exame: FC= 178 bpm, FR= 65 ipm, T= 35,5°C

MV diminuído em ambos HT, crepitações em bases, fígado a 5 cm RCD, pulsos diminuído, perfusão periférica > 3 seg.

Diagnóstico mais provável:

- a) Pneumonia comunitária
- b) Pneumonia hospitalar
- c) **Insuficiência cardíaca**
- d) Choque séptico
- e) Broncoaspiração

Neonatologia, Instituto da Criança 1ª ed. Pág 56

20. RN de termo, nascido de cesárea iterativa, GIIICIII, 3450g, Apgar 8-9, inicia gemência nas primeiras horas de vida.

Ao exame batimento de aletas nasais, tiragem subcostal e intercostal moderada. RX de tórax com retificação de arcos costais, linhas opacificadas nos campos pulmonares, cisuras visíveis (líquidos). Diagnóstico mais provável:

- a) Doença da Membrana Hialina
- b) Broncoaspiração
- c) Cardiopatia congênita
- d) **Taquipnéia Transitória do RN**
- e) Pneumonia intraútero

Neonatologia, Instituto da Criança 1ª ed. Pág 123

21. Em relação ao complemento do aleitamento materno a ser oferecido em copinho, qual das seguintes alternativas está incorreta:

- a) Acomodar o bebê no colo, na posição sentada ou semi sentada, de forma que a cabeça forme um ângulo de quase 90° em o pescoço.
- b) **Despejar o leite na boca do bebê.**
- c) Encostar o copo no lábio inferior do bebê e deixar o leite tocar o lábio.
- d) Despertar o bebê, não deixar que o bebê fique agitado, pois dificulta a manobra.
- e) Movimentos de lambida do bebê seguidos de deglutição.

Tratado de Pediatria SBP 2ª ed. Pág.:344

22. São consideradas situações de risco para o RN de mãe adolescente, exceto:

- a) Prematuridade
- b) Baixo peso ao nascer
- c) Mortalidade infantil
- d) Violência
- e) **Cardiopatia congênita**

Tratado de Pediatria SBP 2ª ed. Pág.:477

23. São cardiopatias de hiperfluxo pulmonar, exceto:

- a) Comunicação interventricular
- b) Persistência do canal arterial
- c) **Tetralogia de Fallot**
- d) Comunicação interatrial
- e) Canal AV total

Tratado de Pediatria SBP 2ª ed. Pág.: 623

24. Paciente de 8 anos dá entrada no pronto socorro com queixa de dor abdominal de início há 2 dias, refere 2 episódios de vômitos alimentares. Nega febre. Ao exame encontra-se torporoso, turgor SC pastoso, mucosas secas, enchimento capilar > 3 seg. abdome flácido, sem massas palpáveis, sem visceromegalias. MV simétrico, sem ruídos adventícios. Conduta frente ao paciente:

- a) Solução isotônica 20 ml/kg reavaliando após e solicita glicemia capilar iniciando imediatamente insulina em bolus.
- b) Solução fisiológica 100 ml/kg na primeira hora, solicita gasometria e glicemia, hemograma e hemocultura e inicia antibióticoterapia de amplo espectro.
- c) Solicita glicemia capilar, gasometria e inicia insulina endovenosa imediatamente.
- d) Solução salina isotônica 20 ml/kg, gasometria e glicemia e inicia bicarbonato de sódio antes da insulina.

- e) Solução fisiológica 20 ml/kg, solicita glicemia capilar e gasometria e após infusão da solução isotônica inicia insulino terapia contínua.

Tratado de Pediatria SBP 2ª ed. Pág.: 815

25. Ainda em relação à questão anterior os distúrbios metabólicos mais comuns durante o manejo da cetoacidose diabética são:

- a) Acidose metabólica, hipopotassemia, hipocalcemia.
- b) Acidose metabólica, hipofosfatemia, hiperpotassemia.
- c) Acidose metabólica, hipocalcemia e hiperfosfatemia.
- d) Alcalose metabólica, hipomagnesemia, hipercalcemia.
- e) Acidose metabólica, hipermagnesemia, hipocalcemia.

Terapia Intensiva Pediátrica e Neonatal, M. R. Hirschheimer/ W.B. de Carvalho/ T. Matsumoto 4ª ed pág 1055 - 1101

26. São vacinas não contempladas pelo calendário nacional de imunizações:

- a) Pentavalente e Salk
- b) Meningite ACWY e meningite B
- c) Meningite C e Salk
- d) Varicela e Hepatite A
- e) Meningite C e Pentavalente

Ministério da Saúde/ imunizações 2018

27. Vacina não recomendada após os 6 meses de idade por ter efeitos colaterais mais graves, sendo suprimida do calendário caso a criança tenha ultrapassado essa faixa de idade:

- a) Vacina da Hepatite B
- b) Vacina BCG
- c) Vacina do Rotavírus
- d) Vacina Salk
- e) Vacina da Febre Amarela

Ministério da Saúde /imunizações 2018

28. RN de 7 dias de vida, nascido de parto via vaginal, bolsa rota há mais de 18 horas, recebeu alta com a mãe após hemograma e PCR normais. Inicia febre alta, recusa alimentar e irritabilidade. Ao exame encontra-se com palidez tóxica, sêno franzido e hipoativo. Fontanela anterior abaulada. Pulsos+, enchimento capilar menor que 2 seg. Em relação ao quadro clínico podemos sugerir o seguinte diagnóstico e conduta:

- a) Meningite bacteriana, coleta de hemocultura, hemograma e LCR, incluindo cultura. Início de antibioticoterapia de largo espectro.
- b) Choque séptico por meningite bacteriana, coleta de hemograma e hemocultura, Tomografia de crânio e LCR. Inicia Ampicilina + Aminoglicosídeo.
- c) Meningite bacteriana, coleta de LCR e hemocultura e inicia Ceftriaxone e corticóide.
- d) Hemorragia intraperiventricular, tomografia de crânio e anticonvulsivante.
- e) Choque séptico por meningite bacteriana, solicita hemograma, LCR e após resultado inicia antibiótico de largo espectro.

Tratado de Pediatria SBP, 2ª ed. Pág.: 1198

29. Em relação à questão anterior os germes mais comuns nesse caso são:

- a) Meningococo, Haemophilus influenzae e pneumococo.
- b) Estafilococo aureus, Pseudomonas aerogenes, anaeróbios.
- c) E. coli, Estreptococo tipo B, Listeria monocytogenes.
- d) Estafilococo epidermidis, E. coli e Meningococo.
- e) Estreptococo tipo B, Estafilococo aureus e Listeria monocytogenes.

Tratado de Pediatria SBP, 2ª ed. Pág.: 1198

30. Em maio, em Curitiba, lactente de 6 meses de idade vem ao pronto atendimento com queixa de tosse e febre há 5 dias, coriza acompanhando o quadro. Há 1 dia recusa alimentar e gemência. Nasceu de PNHT, 3450 g, pais saudáveis, fez leite materno apenas 15 dias, atualmente usa fórmula adequada para idade e faz acompanhamento

regular na unidade de saúde próxima de seu domicílio. Mãe voltou a trabalhar e criança frequenta creche há 15 dias.

Ao exame: FR= 68 ipm FC= 164 bpm T= 37,8° C

Batimento de aletas nasais, tiragem IC acentuada, sibilos e crepitações difusos.

Diagnóstico e agente etiológico mais prováveis:

- a) Broncopneumonia , *Streptococo pneumoniae*.
- b) Bronquiolite viral aguda, vírus sincicial respiratório.**
- c) Pneumonia viral, adenovírus.
- d) Bronquiolite viral aguda, rinovírus.
- e) Bronquiolite obliterante, adenovírus

Terapia Intensiva Pediátrica e Neonatal M. R.Hirschheimer/ W. B. de Carvalho/ T. Matsumoto 4ª ed pág. 569

31.Em relação à questão anterior qual a conduta mais adequada?

- a) Inalação com solução salina, monitorização da oximetria de pulso e oxigêniooterapia , medidas de suporte como manutenção da hidratação, jejum e proclive e isolamento aéreo.**
- b) Inalação com beta2 agonista, corticoterapia, oxigêniooterapia e monitorizaçãocom gasometria seriada.
- c) Oxigênio e oximetria de pulso, hidratação venosa, isolamento aéreo e Ozeltamivir.
- d) Oxigênio e monitorização contínua, hemograma e antibióticoterapia.
- e) Inalação com solução salina hipertônica, monitorização contínua, oxigêniooterapia, corticosteroide sistêmico.

Terapia Intensiva Pediátrica e Neonatal M. R.Hirschheimer/ W. B. de Carvalho/ T. Matsumoto 4ª ed pág. 569

32.A laringite aguda que evolui para insuficiência respiratória alta na criança tem como causador etiológico e maior incidência em que faixa etária, respectivamente:

- a) Adenovírus, 3 meses a 6 anos.
- b) Vírus sincicial respiratório, abaixo de 3 meses.
- c) H. influenzae, abaixo de 2 anos.
- d) Rinovírus, abaixo de 3 meses.
- e) C. difteriae, após os 6 anos.

Medicina Intensiva em Pediatria Piva & Celiny 2ª ed pág.: 501

33.Paciente com 1 a e 2 meses, sexo masculino, previamente hígido, inicia irritabilidade e vômitos. Nega febre. Há 5 dias refere episódios de diarreia com fezes líquidas com muco e sangue. Ao exame: T= 37°C

Irritado ao manuseio, turgor SC preservado, mucosas úmidas. MV simétrico, BRNF, abdome distendido, doloroso à palpação, suspeita de massa palpável em hipogástrico. RHA aumentados. Exame que se faz obrigatório e possível diagnóstico:

- a) Gastroenterocolite, hemograma e coprocultura.
- b) Linfoma não Hodgkin, tomografia de abdome.
- c) Tumor de Wilms, ecografia abdominal.
- d) Invaginação intestinal, toque retal e ecografia abdominal.**
- e) Enterocolite necrozante, ecografia abdominal e hemograma.

Tratado de Pediatria SBP 2ª ed pág 2765

34.Nas novas diretrizes da reanimação cardiorrespiratória da criança (2015) podemos afirmar que:

- a) São recomendadas compressões torácicas na proporção de 80/min.
- b) Não existem evidências que respaldem o uso rotineiro de Atropina como droga pré-intubação em situações de emergência.**
- c) A relação ventilação/compressão deve ser de 1:3.
- d) Se o RN nascer banhado em mecônio, com tônus muscular insatisfatório e esforço respiratório deve ser entubado imediatamente, sendo contraindicada a VPP.
- e) O uso da vasopressina como substituta da Adrenalina na PCR tem sido cada vez mais utilizada.

Atualização da AHA para RCP 2015

35.Criança de 12 anos de idade, masculino, dá entrada no PA com queixa de fraqueza em MMII, com impossibilidade de deambulação há 1 dia. Nega febre ou cefaléia. Há 2 semanas apresentou febre e diarreia de resolução espontânea. Ao exame encontra-se em BEG, afebril, taquipneico, com esforço respiratório leve, oximetria de pulso com 90% em ar

ambiente. Apresenta diminuição de força em membros inferiores bilateralmente e hiporreflexia . Seu diagnóstico e conduta:

- a) Síndrome de Guillain-Barré . Internamento na enfermaria , O2 no cateter nasal, punção lombar, hemograma e TAC de crânio.
- b) Compressão medular por possível tumor de medula a nível de T3 - T4. Internamento na enfermaria, TAC de neuroeixo.
- c) **Síndrome de Guillain-Barré. Internamento, O2 sob cateter nasal, punção lombar, solicita vaga na UTI , imunoglobulina precoce.**
- d) Poliomielite. Isolamento, coleta de fezes para cultura de enterovírus.
- e) Ataxia cerebelar pós- infecciosa. Internamento na UTI, intubação imediata, isolamento.

Protipede ciclo 6 vol 1 pág.:101

36. Paciente de 7 anos de idade, feminina, vem ao consultório com queixa de dor abdominal recorrente, periumbilical, diária, tipo cólica. Apresenta queixa de fezes endurecidas, calibrosas e dor acentuada ao evacuar apenas umas 2 vezes por semana. Hábito alimentar inadequado, não toma água e come apenas alimentos industrializados. Ao exame apresenta-se corada, peso e estatura adequados para idade. Abdome globoso, porém flácido, fecalomas palpáveis em cólon descendente e escape de fezes em ânus (soiling). Sua conduta:

- a) Suspeita de megacólon congênito e encaminha para a cirurgia pediátrica.
- b) Suspeita de alergia à proteína do leite de vaca e faz dieta de exclusão.
- c) **Diagnostica constipação crônica e introduz dieta laxante e fibras.**
- d) Diagnostica cólon irritável e intolerância à lactose e encaminha para a gastro.
- e) Suspeita de oclusão intestinal aguda e solicita RX abdome.

Tratado de Pediatria 2ª Ed. Pág.: 983

37. O agente causador do sarampo e o tempo de incubação, são respectivamente;

- a) **Paramixovírus, 8 a 12 dias**
- b) Herpes vírus, 15 dias
- c) Parvovírus, 21 dias
- d) Herpes zoster, 21 dias
- e) Coxsackie vírus, 7 dias

Tratado de Pediatria SBP 2º Ed. Pág 1182

38. Paciente de 3 anos de idade dá entrada no PS após apresentar rebaixamento do nível de consciência. Estava brincando na vizinha quando começou a ficar hipotônica. Nega febre. Ao exame apresenta-se sonolenta e bradicárdica, sem rigidez de nuca, pupilas isocóricas com RFM lento. Hipótese diagnóstica mais provável:

- a) Meningite viral
- b) Hemorragia subaracnóidea
- c) **Intoxicação exógena**
- d) Distúrbio hidroeletrólítico
- e) Tumor cerebral

Tratado de Pediatria SBP 2ª Ed. Pág.: 2423

39. Paciente de 10 anos de idade dá entrada no PS após ter sido vítima de atropelamento. Glasgow de 6, sendo entubado imediatamente. Apresenta fratura exposta em MID, midríase bilateral, com reflexo fotomotor lento. Pediatra do PS entubou utilizando apenas Succinilcolina para sedação, MID foi imobilizado e solicitada vaga na UTI. Na entrada da UTI houve extubação acidental, pois o paciente começou a agitar. Analisando a conduta as críticas ao atendimento sugerem:

- a) Negligência com a analgesia, porém utilização adequada do bloqueador neuro muscular.
- b) **Negligência com analgesia, pois a fratura sugere analgesia potente. Escolha inadequada de succinilcolina na possibilidade de hipertensão intracraniana e ação ultrarrápida, o que possibilitou extubação acidental.**
- c) Escolha ideal para entubação, succinilcolina, tem ação ultrarrápida, porém deveria ser associado outro curare de ação mais longa, como o vecurônio, após a entubação para não haver risco de extubação no transporte para a UTI.
- d) Deveria ser associado à Succinilcolina um benzodiazepínico para sedação da dor e controle da hipertensão intracraniana.
- e) A Succinilcolina poderia ser feita porém , devendo ser associadas Ketamina e Morfina.

Medicina Intensiva em Pediatria Piva & Celiny pág.: 733

40. Paciente de 2 anos de idade inicia febre alta há 2 dias, recusa alimentar. Ao exame apresenta-se prostrada, gânglios palpáveis em cadeia cervical, dolorosos, móveis e elásticos. Orofaringe com lesões vesiculosas, lesões ulceradas em toda cavidade oral, com placas branco-acinzentadas e hemáticas. O diagnóstico mais provável, agente etiológico e conduta:

- a) Angina diftérica, *Corynebacterium diphtherie*, Penicilina Cristalina.
- b) Faringite, *Streptococcus* beta-hemolítico grupo A, Penicilina benzatina.
- c) **Gengivostomatite, Herpes vírus, sintomáticos.**
- d) Faringite, Coxsackie vírus, Azitromicina.
- e) Doença de Behçet, etiologia autoimune, corticosteróides.

Tratado de Pediatria SBP 2º Ed. Pág 733

41. Em relação à suspeita de sepse de foco urinário na criança internada, sem controle de esfíncter ainda, o método de coleta de melhor acurácia será:

- a) Jato urinário médio.
- b) Saco coletor com higiene adequada e troca a cada 30 min.
- c) Cateterização vesical com sonda de alívio.
- d) **Punção e Aspiração suprapúbica.**
- e) Passagem de sonda vesical pela manhã para coleta do possível primeiro jato.

Tratado de Pediatria SBP 2º Ed. Pág 1319

42. É causa mais comum de hipertensão arterial na infância:

- a) Cardiopatias congênitas
- b) **Nefropatias**
- c) Essencial
- d) Medicamentosa
- e) Obesidade

Tratado de Pediatria SBP 2ª ed pág.: 1335

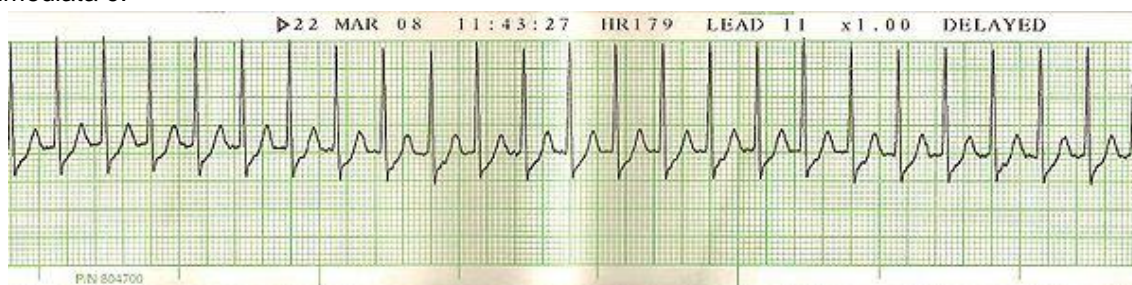
43. Lactente de 14 meses de idade é recebido no Pronto Atendimento com queixa de febre e tosse há 2 dias. Ao exame: T= 38,6 C Coriza serosa, hiperemia de orofaringe, pontilhado branco em amígdalas e vesículas em pilares anteriores. Riscos à ausculta.

O diagnóstico e agente etiológico mais provável é:

- a) Amigdalite bacteriana por provável estreptococo.
- b) **Faringoamigdalite por provável Coxsackie.**
- c) Faringoamigdalite por provável Epstein-Bar (Mononucleose).
- d) Rinossinusopatia por provável parainfluenza.
- e) Faringoamigdalite por provável herpesvírus.

Pediatria Diagnóstico e Tratamento – Jayme Murahovschi 6ª Ed. pág. 265

44. Escolar de seis anos, sexo masculino, é trazido à emergência no colo do pai que refere “que seu filho está morrendo”. Relata que a criança “subitamente ficou muito branca e suando frio, além de quase ter desmaiado”. Exame físico: torporoso, reagindo pouco às solicitações verbais, febre baixa (38,2°C), palidez cutânea, sudorese acentuada, pulsos finos, enchimento capilar: 4 segundos, SaO₂: 89%. De acordo com o quadro clínico descrito e o ECG abaixo, a conduta imediata é:



- a) **adenosina IV em “bolus”**
- b) cardioversão sincronizada
- c) amiodarona IV lentamente

d) procainamida IV em “bolus”

e) soro fisiológico IV em 10 minutos

Terapia Intensiva Pediátrica e Neonatal M. R. Hirschheimer/ W.B. de Carvalho/ T. Matsumoto 4ª ed pág.: 305

45. Escolar de oito anos apresenta exantema em face com lesões maculopapulares que logo confluíram para as regiões malares (aspecto de asa de borboleta). Dois dias depois, o quadro evoluiu com exantema em membros superiores e inferiores de aspecto rendilhado e, passadas duas semanas, ocorreu novo episódio exantemático após atividade física. Em consulta, o paciente está afebril e relata artralgia. A melhor alternativa diagnóstica para o caso é:

a) Roséola infantil

b) Rubéola

c) Eritema infeccioso

d) Mononucleose infecciosa

e) Exantema súbito

Tratado de Pediatria SBP 2º Ed. Pág 1182

46. Ao examinar a criança, o pediatra nota ausência da cicatriz vacinal da BCG. De acordo com a recomendação proposta pelo Ministério da Saúde:

a) Deve-se solicitar um PPD

b) Não há necessidade de repetir a vacina.

c) A ausência de cicatriz vacinal é certeza que a criança não foi imunizada.

d) Até o sexto mês de vida, a criança poderá ser revacinada, sem necessidade de PPD anterior.

e) Repete a BCG com dose dobrada e subcutânea.

Ministério da Saúde/ imunizações 2018

47. Das alternativas abaixo todas estão corretas, exceto:

a) O leite materno é rico em ferro, porém com capacidade de absorção ruim, devendo haver o complemento com ferro após o 3º mês de vida nos lactentes com aleitamento materno.

b) O leite materno é responsável por melhorar a imunidade do lactente por possuir anticorpos maternos.

c) A quantidade de proteínas do leite materno é maior que do leite de vaca, portanto com maior valor nutricional para o lactente.

d) No Brasil o aleitamento materno deve ser contraindicado em casos de mães HIV positiva, porém em alguns países subdesenvolvidos ele é incentivado mesmo nessa condição.

e) O uso de fórmulas de partida adequadas, em lactentes, deve ser prescrito por pediatras nos casos em que se suspeita de déficit de leite.

Tratado de Pediatria SBP 2ª ed. Pág.:331

48. Em relação à via aérea da criança podemos afirmar:

a) Tem características próprias, não podendo ser comparadas às vias aéreas dos adultos, porém o manejo da abertura das vias aéreas é semelhante.

b) A laringe da criança tem a forma de um funil, enquanto que nos adultos sua forma é cilíndrica, o que contribui para maiores complicações após extubação, como a laringite e a estenose.

c) A laringe tem angulação posterior e é mais flácida que no adulto, o que dificulta a entubação.

d) A língua da criança é pequena em relação a boca o que favorece o trauma durante a locação do laringoscópio.

e) Durante a tentativa de abertura da via aérea não há necessidade de colocação de coxim nas crianças, pois todas possuem a protuberância occipital que facilita a visualização.

AHA – PALS 2015

49. Em relação à reanimação cardiorrespiratória na criança assinale a alternativa correta:

a) A avaliação dos pulsos em crianças pequenas deve ser feita nos pulsos braquial ou femoral.

b) A abertura da via aérea deve ser feita com elevação da mandíbula e extensão importante do pescoço.

c) A abordagem da aspiração de corpo estranho nas crianças deve ser feita com busca às cegas na cavidade oral, antes das manobras de Heimlich.

- d) A manobra de desobstrução da via aérea em lactentes deve ser feita com leves golpes no dorso em sentido caudal, entre as escápulas.
- e) Estudos apontam que a cessação das manobras de reanimação devem ser interrompidas após 30 min de reanimação, pois as sequelas a partir daí são muito acentuadas.

AHA – PALS 2015

50. Em relação à anafilaxia podemos afirmar, exceto:

- a) A história de rinite alérgica, asma, eczema ou atopia não são fatores de risco para o desenvolvimento de alergia à Penicilina.
- b) Profissionais de saúde e das áreas médica e odontológica podem desenvolver alergia ocupacional pelo uso de luvas de látex.
- c) Narcóticos são ativadores de mastócitos capazes de causar elevação nos níveis de histamina e anafilaxia não alérgica, comumente observada durante anestesia.
- d) O diagnóstico da anafilaxia é corroborado pelo aumento acentuado de eosinófilos no sangue periférico.
- e) Fatores de risco para anafilaxia fatal ou quase fatal envolvem idade (adolescentes e adultos jovens), reações a amendoim e picada de abelha, além de asma associada. A complicação mais temida é o choque anafilático.

PROEMPED ciclo 1 vol 3 pág.: 94

Diretor Geral

Jorge Itsuo Fukushima

Campina Grande do Sul, 08 de dezembro de 2018.