

1. Criança de 4 anos de idade é levada a emergência médica pela quinta vez nos últimos cinco meses com queixa de febre alta, de até 39 graus, odinofagia, dor abdominal e mialgia. Ao exame físico, presença de linfonodomegalia cervical bilateral, hiperemia de orofaringe com a presença de lesão aftosa em língua e mucosa jugal. Mãe relata que os episódios anteriores foram semelhantes, todos tratados com antibioticoterapia, havendo melhora no quinto dia de doença. O último antimicrobiano utilizado foi amoxicilina com clavulanato, há 30 dias. Nesse contexto, assinale abaixo o tratamento mais indicado para essa criança.
- a) Aciclovir.
 - b) Tonsilectomia bilateral.
 - c) Penicilina benzatina em dose única.
 - d) Prednisona via oral.
 - e) Penicilina benzatina a cada 21 dias.
2. Escolar de 8 anos de idade é admitido em setor de urgência e emergência com quadro de náuseas, vômitos, dor abdominal. Ao exame físico, paciente desidratado (olhos fundos, sem lagrima, mucosas ressecadas, pulsos periféricos finos), emagrecido e sudoreico e com respiração lenta e profunda. Realizada medida de glicemia capilar em beira de leito com resultado de 450 mg/dL. Nesse contexto, a primeira conduta terapêutica para esse paciente deve ser:
- a) insulino terapia com 5 U de insulina regular subcutânea.
 - b) insulino terapia com 0,1 U/Kg/ hora de insulina regular endovenosa.
 - c) expansão volêmica com soro fisiológico 0,9% 20 ml/kg.
 - d) bicarbonato de sódio 1 ml/Kg endovenoso, seguido de expansão volêmica.
 - e) correção de potássio paralelo a insulino terapia 0,1 U/Kg/hora endovenosa.
3. Menino de 8 anos de idade é levado ao pronto atendimento de sua cidade com quadro de febre alta há 3 dias, associada a dor abdominal e vômitos, em uso de dipirona e escolpolamina sem melhora dos sintomas. Ao exame físico, observam-se linfonodo cervical com cerca de 2 cm de diâmetro, mãos e pés edemaciados, exantema macular disseminado, abdômen doloroso a palpação profunda e superficial. Solicitados exames complementares: hemograma= Hb 10 g/dL, leucócitos 17.000 (basófilos 1%, eosinófilos 1%, leucócitos 70%, linfócitos 25%, monócitos 3%), plaquetas 120.000, PCR 20 mg/dL, VHS 140 mm/primeira hora, DHL 880 U/L, teste rápido para COVID IgG positivo, IgM negativo. Tendo em vista a principal hipótese diagnóstica para o caso descrito, o tratamento correto é:
- a) Adrenalina SC, anti-histamínico e metilprednisona endovenosa 1 mg/kg.
 - b) Laparotomia exploradora.
 - c) Aciclovir endovenoso.
 - d) Ganciclovir endovenoso.
 - e) Imunoglobulina humana endovenosa.
4. Menina de 5 anos de idade com história de sibilância recorrente desde os seus 8 meses de vida, desencadeadas por infecções virais de vias aéreas superiores, iniciou quadro de falta de ar durante as aulas de educação física, com necessidade de uso de salbutamol inalatório e prednisolona quase mensais. Pais asmáticos na infância e com rinite alérgica atual. Nesse contexto, o tratamento adequado para essa criança é:
- a) Prednisona oral e salbutamol nas crises.
 - b) Corticoide inalatório doses baixas e beta-agonista de curta duração por demanda.
 - c) Corticoide inalatório em doses altas e beta-agonista de curta duração diariamente.
 - d) Montelucaste e beta-agonista de curta duração diariamente.
 - e) Beta-agonista de curta duração por demanda.
5. Pré-escolar de 3 anos de idade, é levado a consulta médica com queixa de prurido anal, principalmente a noite. No mês anterior fora levado a atendimento de urgência com prolapso retal reduzido manualmente. Traz resultado de exames solicitados em sua última consulta com o pediatra. Hemograma: Hb 10 g/dL, VCM 75 fL (valor de referência 80-98), HCM 25pg (valor de referência 28-33), RDW 17%, leucócitos 7.000 (basófilos 1%, eosinófilos 7%, leucócitos 33%, linfócitos 56%, monócitos 3%), plaquetas 550.000. Com base no caso e exames descritos, os diagnósticos mais prováveis e seus respectivos tratamentos são:
- a) Enterobíase, tricuríase, anemia ferropriva/ Albendazol 400 mg 3-5 dias e sulfato ferroso 4 mg de Fe elementar /Kg/dia por 6 meses.
 - b) Tricuríase, giardíase, anemia ferropriva/ Albendazol 400 mg 5 dias e sulfato ferroso 3 mg de Fe elementar /Kg/dia por 6 meses.
 - c) Enterobíase, tricuríase, anemia ferropriva/ Albendazol 400 mg dose única e sulfato ferroso 4 mg de Fe elementar /Kg/dia por 6 meses.
 - d) Abuso sexual, anemia ferropriva/ notificação, profilaxia para doenças sexualmente transmissíveis, sulfato ferroso 300 mg/dia.
 - e) Maus tratos e anemia ferropriva/ notificação em 3 vias, acionar conselho tutelar e prescrever sulfato ferroso 3 mg de Fe elementar /Kg/dia por 6 meses.

6. Pré-escolar de 5 anos de idade vai a consulta com seu pediatra com queixa de dor em pernas e braços há 2 anos, principalmente no final do dia, piorando com exercícios intensos e com o frio. Mãe nega febre, perda ponderal ou edema articular. Ao exame físico, presença de genu recurvatum bilateral. A hipótese diagnóstica mais provável, nesse caso, é:
- a) Febre reumática.
 - b) Doença de Legg-Clayton.
 - c) Síndrome de Osgood-Schlatter.
 - d) Síndrome da hiper mobilidade articular benigna em membros.
 - e) Displasia óssea.
7. Lactente de 10 meses de idade apresenta febre alta, irritabilidade e queda do estado geral há 24 horas. Levado a atendimento de urgência e ao exame físico são observadas petéquias em membros inferiores e tronco, além de fontanela abaulada. Realizada punção líquórica que demonstrou aumento da celularidade, com predomínio de neutrófilos, glicose baixa e proteína elevada. Bacterioscopia com diplococos Gram-negativos. Nesse contexto, o diagnóstico mais provável e seu respectivo tratamento são:
- a) meningite pneumocócica e sepsis/ceftriaxona endovenosa.
 - b) Meningococemia e meningite meningocócica/ceftriaxona endovenosa.
 - c) Púrpura Trombocitopênica imune/pulsoterapia com metilprednisolona
 - d) Sífilis secundária com neuro-sífilis/ penicilina G cristalina.
 - e) Estafilococcia com sepsis/ Oxacilina endovenosa.
8. Recém nascido a termo, sexo masculino, apresenta fenda palatina, lábio leporino, criptorquidia, punhos cerrados, frente oblíqua, hipertelorismo, microftalmia, implantação baixa de orelhas, prega palmar única e polidactilia. Radiografia de tórax revela dextrocardia. Levando em consideração a síndrome genética mais provável, é correto afirmar que:
- a) é uma cromossomopatia relacionada a trissomia do cromossomo 21.
 - b) está fortemente relacionada a idade materna avançada.
 - c) não causa déficit intelectual.
 - d) acomete apenas meninos.
 - e) costuma ter bom prognóstico.
9. Criança de 4 anos de idade apresenta fadiga há 20 dias, associada a dor e edema em joelhos e tíbia, que impedem a deambulação e febre moderada intermitente. Ao exame físico, presença de linfonodos palpáveis em região cervical bilateral, mentoniana e pré-auricular, fígado palpável a 4 cm do rebordo costal direito, esplenomegalia grau 2, artrite em ambos joelhos com edema leve e dor intensa a flexão. Atendido em serviço de urgência na primeira semana de doença, onde foi administrada uma dose de dexametasona IM, com alívio dos sintomas. Solicitados exames complementares: Hb 9 g/dL, leucócitos 3.200 (basófilos 1%, eosinófilos 1%, leucócitos 25%, linfócitos 70%, monócitos 3%), plaquetas 100.000, VHS 140 mm/primeira hora, DHL 880 U/L, ASLO 400 (normal até 200). Em relação ao caso clínico descrito, a principal hipótese diagnóstica é:
- a) Febre reumática
 - b) Lúpus eritematoso sistêmico juvenil
 - c) Artrite idiopática juvenil
 - d) Mononucleose
 - e) Leucemia linfoblástica aguda
10. Lactente de 2 meses de vida, em aleitamento materno exclusivo, iniciou quadro de vômitos pós alimentares de conteúdo lácteo aos 40 dias de vida, com perda ponderal progressiva desde então e sem resposta ao uso de domperidona. Ao exame físico, peristaltismo gástrico visível. O achado radiográfico esperado para a principal hipótese diagnóstica, nesse caso, é:
- a) Sinal da dupla bolha na radiografia de abdômen.
 - b) Refluxo na radiografia contrastada de esôfago, estômago e duodeno.
 - c) Sinal do empilhamento de moedas.
 - d) Espessamento do piloro na ultrassonografia de abdômen.
 - e) Pneumoperitônio.

- 11.** Lactente de 6 meses de idade é levado ao pronto atendimento com quadro de febre há 5 dias e recusa alimentar parcial. Havia sido atendida no segundo dia de febre, quando realizou exames e foi orientada a manter sintomáticos. Mãe leva resultado de urocultura realizada no primeiro atendimento (coletada por sondagem vesical), com crescimento *E. coli*, 1.000 unidades formadoras de colônias. Exame físico sem alterações. Em relação ao caso descrito, é correto afirmar que:
- a) a causa mais provável da febre é doença viral, devendo ser orientado o tratamento da febre e seguimento com seu pediatra.
 - b) a criança tem infecção do trato urinário devendo iniciar tratamento com Amoxicilina/clavulanato e ser reavaliada em 48 horas.
 - c) a criança tem febre de origem obscura, devendo ser internada para investigação da causa.
 - d) classifica-se o quadro como febre sem sinais localizatórios, devendo ser solicitados hemograma, PCR e radiografia de tórax.
 - e) a análise urinária e urocultura devem ser repetidas por punção supra-púbica e deve ser iniciado antimicrobiano de forma empírica.
- 12.** Lactente de 34 dias de vida é levado em consulta no posto de saúde por apresentar pápulas em axilas, abdômen, punhos e pés, associado a irritabilidade. A mãe apresenta lesões semelhantes e relata prurido noturno intenso. O tratamento de escolha para o lactente é:
- a) Permetrina loção 5% em aplicação única.
 - b) Permetrina loção a 1% por 3 noites consecutivas.
 - c) Ivermectina em dose única.
 - d) Benzoato de benzila em aplicação única.
 - e) Pasta de enxofre a 5% por 3 noites consecutivas.
- 13.** Criança de 5 anos de idade, com diarreia e vômitos há 2 dias após banho na praia, é levado ao pronto atendimento para avaliação. Ao exame físico, irritado, sedento, olhos fundos, choro sem lágrimas, sinal da prega desaparece lentamente, pulso rápido e fraco. De acordo com as recomendações do Ministério da Saúde, para essa criança está indicado:
- a) expansão volêmica com solução glicofisiológica 20 ml/Kg em 30 minutos.
 - b) expansão volêmica com solução fisiológica 0,9% em 30 minutos.
 - c) soro de reidratação oral 50-100 ml/Kg em 4-6 horas.
 - d) ringer lactato 50-100 ml/Kg em 4-6 horas.
 - e) soro de manutenção associado a reposição de perdas 50 ml/kg em 24 horas.
- 14.** Pré escolar de 3 anos de idade é levado ao pediatra devido otalgia há 2 dias, sem febre e sem comprometimento do estado geral. Otoscopia com abaulamento e opacidade de membrana timpânica a direita, membrana timpânica esquerda sem alterações. Nesse contexto, a conduta mais adequada é:
- a) prescrever analgésicos e reavaliar imediatamente caso haja piora do estado geral.
 - b) prescrever gotas otológicas e analgésicos e reavaliar em 48 horas.
 - c) prescrever Amoxicilina 50 mg/kg/dia por 7 a 10 dias.
 - d) prescrever Amoxicilina 50 mg/kg/dia e gotas otológicas por 7 dias.
 - e) encaminhar ao otorrinolaringologista para drenagem da secreção.
- 15.** Lactente de 6 meses de idade, nascido a termo, parto vaginal, pesando 4.000 g, APGAR 6/8, é levado a consulta com o pediatra da unidade básica de saúde. A mãe percebe que seu bebê se desenvolve mais lentamente que as outras crianças da mesma idade. Em relação ao desenvolvimento desta criança aos 6 meses, o pediatra avaliará como normal se ele já adquiriu a capacidade de:
- a) reagir a um som, sustentar o pescoço, preensão reflexa.
 - b) fixar e acompanhar objetos, tiver preensão voluntária das mãos, balbuciar.
 - c) fazer busca ativa de objetos, rolar para virar de barriga para baixo, levar objetos a boca.
 - d) sorriso social, reconhecer seu nome quando chamado, levantar a cabeça quando de bruços.
 - e) balbuciar, abrir as mãos, movimentar ativamente os membros.
- 16.** Jose Pedro, 2 anos de idade, é levado ao posto de saúde de seu bairro por sua mãe devido quadro de diarreia de grande volume, com aspecto gorduroso e restos alimentares, associada a distensão abdominal e flatulência há 5 dias. Mãe nega sangue ou muco nas fezes. Diante desse quadro, assinale abaixo o agente parasitário que poderia estar causando tais sintomas no paciente, e seu respectivo tratamento são:
- a) *Ascaris lumbricoides*/ Albendazol dose única
 - b) *Entamoeba histolytica*/ Albendazol por 5 dias
 - c) *Giardia lamblia*/ Secnidazol
 - d) *Giardia lamblia*/ Albendazol por 3 dias
 - e) *Trichuris trichiura*/ Albendazol por 3-7 dias

- 17.** Lactente de 6 meses de idade é levado ao pronto atendimento por apresentar febre moderada e diminuição do apetite há 3 dias, sem outras queixas. O exame físico é normal e o pediatra solicitou exames laboratoriais, dentre eles um exame de análise de urina e uma urocultura. Nesse contexto, é correto afirmar que:
- a** caso a análise de urina demonstre nitrito positivo, o diagnóstico de infecção do trato urinário estará definido.
 - b** a coleta da urina deve ser realizada com saco coletor, o qual deve ser trocado a cada 20 minutos para manter sua alta especificidade.
 - c** a sondagem vesical é um método invasivo que não deve ser realizado de rotina pelo alto risco de ascensão do agente bacteriano.
 - d** a urocultura, quando coletada por punção suprapúbica, confirma o diagnóstico de infecção do trato urinário se houver crescimento de qualquer patógeno.
 - e** caso a análise de urina demonstre nitrito positivo e leucocitúria, o diagnóstico de infecção do trato urinário estará definido.
- 18.** Criança de 5 anos de idade, pesando 8 kg e com estatura de 100 cm (ambos com Z score <-3), foi admitida em um hospital pediátrico para tratamento da desnutrição grave de causa primária. Ao exame físico, criança emagrecida, com edema em pés, hipoativa, com cabelos finos e quebradiços, eupneica e hipotérmica. Nesse contexto, é correto afirmar que:
- a** deve ser iniciada dieta hiperproteica e hipercalórica devido quadro de desnutrição grave desde a fase de estabilização.
 - b** caso a glicemia capilar esteja abaixo de 54 mg/dL o paciente deve receber tratamento para hipoglicemia.
 - c** devem ser solicitados exames para triagem infecciosa e, caso seja confirmada infecção, iniciar antibioticoterapia.
 - d** a suplementação de vitaminas, sais minerais e ferro fazem parte do tratamento desde a fase de estabilização.
 - e** em caso de diarreia com desidratação grave, o paciente deve receber expansão volêmica com 20 ml/kg de solução glicofisiológica.
- 19.** Paciente de 3 anos de idade, previamente hígido, é atendido na UPA com queixa de diarreia aquosa, de grande volume, com várias evacuações ao dia há 2 dias. Hoje a mãe notou a criança mais hipoativa e com a diurese diminuída. Na avaliação clínica foram observados olhos fundos, mucosas ressecadas, choro sem lágrima e pulsos muito fracos. Mãe informa que o peso na semana anterior era de 12 kg. Com base no caso exposto, assinale a alternativa correta.
- a** Deve ser iniciado plano C de reidratação, com 240 ml de solução fisiológica 0,9% via endovenosa em 30 minutos.
 - b** Há sinais de desidratação, devendo ser iniciado tratamento com soro de reidratação oral por gavagem, 1200 ml em 4-6 horas.
 - c** Após reestabelecimento da volemia do paciente, pode ser reiniciada a dieta via oral e seguir o plano A para prevenir nova desidratação.
 - d** Deve ser iniciada a expansão volêmica com 360 ml de solução fisiológica a 0,9% em 30 minutos seguida de 840 ml ringer lactato em 2 horas e meia.
 - e** A solução de manutenção deve ser instalada após o desaparecimento dos sinais de desidratação, com 1.100 ml de Soro glicosado a 10% e 22 ml de KCl a 10%.
- 20.** Recém nascido a termo, com peso de 3.500 g ao nascimento, nasceu de parto cesáreo devido trabalho de parto prolongado, com APGAR 7/9 e clampeamento imediato de cordão, em aleitamento materno exclusivo, é atendido em sua primeira consulta com o médico do posto de saúde, que deve tomar a seguinte conduta:
- a** iniciar profilaxia da anemia ferropriva aos 180 dias de vida com 1 mg/kg/dia de ferro elementar até os dois anos de idade.
 - b** orientar manter aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida, não havendo assim a necessidade de suplementação de ferro ou vitaminas.
 - c** iniciar profilaxia da anemia ferropriva aos 90 dias de vida com 1 mg/kg/dia de ferro elementar até os dois anos de idade.
 - d** iniciar profilaxia da anemia ferropriva aos 90 dias de vida com 3 mg/kg/dia de ferro elementar até os dois anos de idade.
 - e** iniciar profilaxia da anemia ferropriva aos 180 dias de vida com 4 mg/kg/dia de ferro elementar até os dois anos de idade.

- 21.** As vacinas compreendem um dos grandes avanços da medicina, sendo responsável pela erradicação e prevenção de doenças infectocontagiosas em todo o mundo. O Programa Nacional de Imunizações (PNI) do Brasil contempla não só crianças e adolescentes, como também adultos e idosos, sendo considerado um dos melhores do mundo. Em relação as vacinas, é correto afirmar que:
- a) uma criança de 2 meses de idade deve ter recebido a BCG, uma dose da vacina Hepatite B e uma dose da vacina meningocócica C.
 - b) a vacina Influenza deve ser administrada em crianças entre 6 meses e 5 anos e 11 meses de idade, exceto as portadoras de imunodeficiência.
 - c) aos 6 meses de idade a criança deve receber a primeira dose da vacina febre amarela e aos 4 anos, a dose de reforço.
 - d) a tetra viral é administrada aos 15 meses de idade, estando contraindicada para pacientes imunossuprimidos.
 - e) a vacina BCG deve ser aplicada em recém nascidos o mais precocemente possível, desde que tenham peso acima de 1.500 g.
- 22.** Dona Ana, mãe de dois filhos, levou seu primogênito de 3 anos de idade em consulta médica queixando-se de que ele não ganha peso, apresenta diarreias frequentes e abdômen sempre distendido. Fez uma pesquisa rápida do Google e achou que os sintomas do filho são compatíveis com doença celíaca, e ela quer saber se seu filho pode ter essa doença. O médico lhe explicou, corretamente, que:
- a) a doença celíaca é secundária a uma reação alérgica ao trigo e os sintomas de seu filho são compatíveis.
 - b) o anticorpo transglutaminase IgA é o exame de triagem da doença e a confirmação é feita com biópsia de duodeno.
 - c) deve ser excluído o glúten da dieta, imediatamente, pois a clínica é soberana e muito sugestiva da doença.
 - d) trata-se de doença autoimune, onde há dificuldade em digerir a lactose, causando sintomas semelhantes ao que seu filho apresenta.
 - e) o principal diagnóstico diferencial da doença é ascaridíase, devendo esta ser inicialmente descartada antes de prosseguir com a investigação.
- 23.** Pré-escolar de 6 anos de idade apresenta quadro de edema generalizado há 5 dias. Mãe relata urina em volume normal, clara e espumosa. Realizou os seguintes exames: dosagem de albumina sérica= 1,5 g/dL (valor de referência 3,5-5,5), colesterol total= 350 mg/dL (valor de referência 170-199), C4= 22 mg/dL (valor de referencia 16-38), C4=110 g/dL (Valor de referencia 90-180), análise de urina= proteínas +++, ausência de hemácias, ausência de hemoglobina, proteinúria de 24 horas= 2.600 mg/24 horas. Nesse contexto, as opções terapêuticas abaixo podem ser adotadas, **EXCETO**:
- a) Restrição hídrica
 - b) Corticoterapia
 - c) Reposição de albumina
 - d) Dieta hipossódica
 - e) Imunossupressores
- 24.** Recém-nascido de 39 semanas de idade gestacional, nascido de parto cesáreo, APGAR 9/9, tipo sanguíneo A-, pesando 3.200 g, filho de mãe secundigesta, apresentou icterícia com 20 horas de vida. Mãe realizou pré-natal completo com sorologias todas negativas, sem infecção durante a gestação, tipo sanguíneo O+. Nesse caso a conduta correta é:
- a) observar a progressão da icterícia após as 24 horas de vida do bebê e iniciar investigação caso haja elevação dos níveis de bilirrubinas.
 - b) suspender o aleitamento materno por se tratar, possivelmente, de icterícia do leite materno.
 - c) prescrever fórmula láctea por se tratar de icterícia do aleitamento materno, visto que não há fatores de risco para icterícia patológica.
 - d) solicitar dosagem de bilirrubinas totais e frações e investigar hemólise devido a possibilidade de incompatibilidade ABO.
 - e) indicar fototerapia imediatamente, além de coletar exames para avaliar a necessidade de exsanguineotransfusão devido incompatibilidade Rh.

25. Escolar de 8 anos de idade apresenta dor em membros inferiores, recorrente, difusa, preferencialmente a noite há 12 meses. Mãe relata piora com o frio e melhora com aquecimento, massagem e analgésicos comuns. Exame físico sem alterações. Em relação ao caso exposto, é correto afirmar que:

- a** é compatível com dor recorrente benigna em membros (dor de crescimento), devendo ser orientado manter massagem, aquecimento e exercícios físicos regulares.
- b** existe sinal de alerta para doença orgânica, devendo ser solicitados exames complementares para afastar tumor ósseo e leucemia linfoblástica aguda.
- c** é compatível com dor recorrente benigna em membros (dor de crescimento), que será confirmada caso exames complementares (FAN, fator reumatoide, hemograma e VHS) estejam normais.
- d** deve ser investigado febre reumática com ASLO, hemograma, provas inflamatórias e ecocardiograma, já que o Brasil é um país de alto risco para esta doença.
- e** o fato de a dor ser bilateral torna pouco provável o diagnóstico de dor de crescimento, devendo ser investigadas causas inflamatórias e neoplásicas, além de fibromialgia juvenil.

26. Analise as afirmativas abaixo e a seguir, assinale a alternativa correta.

- I. Sorologia positiva de HIV em adolescentes, deve-se quebrar sigilo profissional e comunicar aos familiares e à parceria sexual.
- II. Experimentação de psicoativos (sem sinais de dependência), autoriza o médico a manutenção do sigilo profissional.
- III. Uso escalonado (cada vez maior) de álcool e outras drogas, mesmo que haja sinais de dependência química, não autoriza o médico a quebra de sigilo profissional.
- IV. As novas formas de comunicação na era da informática, autorizam o médico a prescrever tratamento ou outros procedimentos sem exame direto do paciente, mesmo quando não haja urgência ou emergência.
- V. Gravidez ou abortamento devem ser comunicados a família, mesmo que haja necessidade de quebra de sigilo médico.

A alternativa que contém todas as afirmativas corretas é:

- a** I, III e V
- b** II e IV
- c** I, II e IV
- d** I, II e V
- e** I, II, III, IV e V

27. As questões relacionadas a alimentação, são queixas frequentes nos ambulatórios de pediatria e quando são os adolescentes que apresentam tal comportamento, em virtude das informações recebidas, muitas vezes distorcidas do mundo tecnológico, tal fato é ainda mais preocupante. Ante o exposto, analise as afirmativas abaixo e assinale a alternativa correta.

- I. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), os transtornos alimentares (TAs) são considerados "um conjunto de transtornos psiquiátricos de origem genética, hereditária, psicológica e/ou social", caracterizados por perturbação persistente na alimentação.
- II. A pandemia promoveu isolamento social e um maior contato com o mundo digital, de forma que o adolescente passa a entender o mundo "virtual" como uma das únicas referências na relação com o corpo e perde a experiência "real" com as pessoas, favorecendo assim, o aparecimento dos TAs.
- III. A distorção perceptual é a incapacidade de reconhecer a dimensão corporal e seus segmentos de forma precisa, associada à distorção atitudinal que é a intensa insatisfação e preocupação com o corpo, gerando atitudes e comportamentos negativos e destrutivos. Desta forma, a construção neuropsíquica do mapa corporal depende das aferências do sistema somatossensorial em parte, inviabilizada pela nova realidade de isolamento social dos jovens.
- IV. O comportamento alimentar na adolescência sofre influência da mídia e, também dos amigos e é relacionado ao estilo de vida, priorizando a rapidez e praticidade em obter alimentos de fácil acesso e consumo. Nesse contexto, as escolhas alimentares saudáveis se tornam cada vez mais difíceis, sendo a depressão, o transtorno psiquiátrico mais comum em adolescentes e adultos que apresentam o conjunto de TA, responsável por taxas elevadas de suicídio (25%).
- V. Encorajar as refeições em família, pois é o ambiente primordial para o enfrentamento dos TAs, além de esclarecer sobre a construção da imagem corporal positiva no ambiente familiar, estando atento à percepção corporal que os adolescentes relatam de si mesmo, são pontos importantes no combate aos TAs.

A alternativa que contém todas as afirmativas corretas é:

- a** I, III e V
- b** II e IV
- c** I, III e IV
- d** II, III e V
- e** I, II, III, IV e V

28. De acordo com relatório publicado em 2018 pela Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS), Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), a taxa mundial de gravidez adolescente é estimada em 46 nascimentos para cada mil adolescentes e jovens mulheres entre 15 e 19 anos. No Brasil, um em cada cinco bebês nasce de uma mãe com idade entre 10 e 19 anos, podendo chegar a 65 nascidos filhos por mil mulheres dessa faixa etária (18%). Ante o exposto, analise as afirmativas abaixo.

- I. A exposição aos estímulos presentes no meio no qual se desenvolvem - acréscido da diminuição da idade da menarca, acaba promovendo um incentivo para o início da atividade sexual em idades mais precoces sem, no entanto, prepará-los para o exercício saudável e consciente, evitando ISTs (infecções sexualmente transmissíveis) e à gravidez precoce com a correta anticoncepção.
- II. A gestante adolescente deve receber atenção especial nos períodos pré-natal, natal e puerperal, no sentido de superar as dificuldades com o apoio do parceiro, da família e da equipe de saúde. Os profissionais de saúde desempenham papel importante ao reconhecer os momentos críticos em que suas intervenções são necessárias para assegurar a saúde de ambos e da nova composição e arranjos familiares.
- III. Pode-se dizer que as mães adolescentes amamentam com a mesma frequência e pelo mesmo tempo quando em comparação com mães adultas, bem como não parece haver relação com níveis de escolaridade e gestações prévias.
- IV. Não há diferença no leite materno produzido por mães adultas e mães adolescentes.
- V. A idade materna, exposição previa a experiência de aleitamento materno, rede de apoio e grau de escolaridade são fatores sócio-demográficos culturais que interferem no aleitamento materno da mãe adolescente.

A alternativa que contém todas as afirmativas corretas é:

- a) I, III e V
- b) II e IV
- c) I, II e V
- d) III e IV
- e) I, II, III, IV e V

Analise o quadro clínico abaixo para responder às questões 29 e 30.

Lactente com 2 anos de idade, com relato de vômito e dor abdominal intensa, seguido de broncoespasmo 2 horas após ingestão de brigadeiro. Relato de broncoespasmo prévio durante infecção de vias aéreas superiores há 90 dias.

Trazido a urgência pediátrica para atendimento, sendo evidenciado ao exame físico:

Hipoatividade, palidez cutaneomucosa, hidratado limitrofe, dispneico, pálido

OF: hiperemia de lábios

Ap: sibilos difusos Fr: 58 ipm Tiragem intercostal e subcostal So₂: 90% em ar ambiente

Ac: bcnf rcr 2t, ss FC: 180 bpm Pulsos amplos PCP: 1 seg Pa: 60x40 mmhg

Abd: flácido, difusamente dolor a palpação, sem visceromegalia

SN: hipoativo, ECG14

Sem edemas

Sem lesões de pele

29. Com base no quadro clínico acima, o provável diagnóstico é:

- a) asma brônquica
- b) choque séptico
- c) bronquiolite
- d) anafilaxia
- e) choque hipovolêmico

30. Após suplementação de oxigênio e acesso venoso periférico para expansão volêmica do paciente descrito no quadro clínico acima, a prioridade de tratamento medicamentoso é:

- a) Adrenalina IM
- b) Salbutamol inalatório
- c) Hidrocortisona EV
- d) Ampicilina EV
- e) Noradrenalina EV

31. A dor torácica é uma causa frequente de encaminhamento de crianças e adolescentes para o cardiologista pediátrico, embora raramente esteja relacionada a problemas cardíacos nessa faixa etária, gera extrema preocupação dos pais, levando o pediatra muitas vezes a encaminhar o paciente ao especialista. Ante o exposto, analise as afirmativas abaixo.

- I. A dor idiopática apresenta geralmente uma evolução crônica. Os pacientes com costochondrite manifestam dor relacionada à atividade física prévia ou infecção respiratória. Pode ser de leve a moderada intensidade, geralmente unilateral, que piora com a movimentação e a respiração.
- II. A dor musculoesquelética ocorre geralmente por contusão na musculatura do dorso, peitoral e ombro após exercício ou trauma e está relacionada com a prática de esportes, lutas ou acidentes.
- III. A dor psicogênica é mais comum em adolescentes e frequentemente desencadeada por uma situação de estresse, como morte ou separação na família, fracasso escolar ou abuso sexual.
- IV. A dor do tipo anginosa ocorre em aperto, desencadeada por exercício, emoção, frio, excesso alimentar, localizada no precórdio ou na área subesternal com irradiação para o pescoço, mandíbula, braços, dorso ou abdome.
- V. Dor anginosa com exame cardiológico anormal (exame físico, Rx de tórax ou ECG); História familiar de miocardiopatia hipertrófica, síndrome do QT longo ou outra doença cardíaca hereditária. Além de família muito ansiosa em paciente com dor crônica e recorrente, são indicações de encaminhamento ao cardiologista pediátrico.

A alternativa que contém todas as afirmativas corretas é:

- a I
- b V
- c II e IV
- d I, III e V
- e I, II, III, IV e V

32. Recém nascido com 18 horas de vida, nascido de parto normal, sem intercorrências, Apgar:8/10, apresentando cianose central, sem melhora com suplementação de oxigenioterapia. Ao exame físico:

Hipoativo, cianótico, taquipneico, hidratado, anictérico.

Ap: mv +, sra FR: 70 ipm, sem desconforto respiratório SO₂: 68%

AC: BCNF RCR 2t, sem sopros FC: 180 bpm
PA: 65x40mmhg PCP:4 seg

Abd: flácido, fígado 2 cm rcd

SN: hipoativo, fontanela normotensa

Sem edemas. Sem diferença de amplitude de pulsos em membros superiores e inferiores.

Rx tórax: aumento do índice cardiorádico com aumento da vascularização pulmonar. A silhueta cardíaca apresenta uma forma oval. Aguarda ecocardiograma. Dx:90 mg/dl

Pré natal sem intercorrências. Sem rotura prematura de membranas. Líquido amniótico claro e com grumos. IG: 38 sem e 4 dias. Peso nascimento: 2,8 kg. Diante o exposto, o quadro clínico provável, bem como a medida clínica mais adequada devem ser:

- a coarctação da aorta / cirurgia de urgência
- b transposição das grandes artérias / Prostaglandina E1
- c CIA / atrioseptoplastia
- d sepse precoce / ampicilina + gentamicina
- e bronquiolite / B2 inalatório

33. Menino de 8 anos de idade, evoluindo com distensão e dor abdominal há 5 dias. Refere vômitos escurecidos há 48 h. Sem eliminação de fezes ou flatos há 48 h. Mãe relata piora do estado geral há 24 h.

Ao exame : letárgico, hipocorado, desnutrido, hidratado limítrofe, taquipenia leve, sem sinais de desconforto respiratório, anictérico

Of: ndn

Ap: mv +, sra FR:30 ipm, sem desconforto SO₂:98%

Ac: BCNF rcr 2t, ss Fc: 140 bpm pcp: 2 seg
PA: 90 x60 mmhg

Abd: globoso, dolor a palpação profunda, hipertimpanico; difícil palpar viscromegalia

Sn: letárgico; sem sinais de irritação meníngea

Rx abdômen: imagem sugestiva de miolo de pão.

Diante do exposto, o diagnóstico e conduta mais apropriada são:

- a apendicite / apendicectomia
- b doença do refluxo/ medidas antirefluxo
- c colecistite/ colecistectomia
- d obstrução intestinal por áscaris/ decompressão gástrica por 48 h/ hidratação venosa/ óleo mineral
- e gastroenterite/ sais de reidratação oral

- 34.** Quanto as medidas de proteção e de controle da disseminação do coronavírus na população pediátrica, recomenda-se:
- Lavagem regular das mãos com água e sabão ou uso de álcool gel a 70%.
 - Evitar ambientes com aglomerações (ex. transportes públicos, supermercados, shoppings) Além de manter o distanciamento social de 1 a 2 metros em locais públicos e viagens devem ser canceladas ou adiadas sempre que possível.
 - Suspender as vacinas contra Influenza e Pneumococcus, porque podem produzir sintomas que podem confundir com a COVID-19.
 - Uso de máscaras a partir de 1 ano de idade.
 - Deve-se manter o tratamento imunossupressor dos pacientes que fazem uso dos mesmos para tratamento de doenças crônicas. Não existem informações suficientes sobre o efeito do uso destas medicações em uma possível infecção pelo novo coronavírus, a suspensão da medicação pode acarretar reativação da doença de base, com necessidade de internação hospitalar, que poderia aumentar ainda mais o risco de infecção.

A alternativa que contém todas as afirmativas corretas é:

- I, III e V
- II e IV
- I, II e V
- II e V
- I, II, III, IV e V

Leia o caso clínico abaixo para responder às questões 35 e 36

Lactente com 11 meses de idade, evoluindo há 24 horas com diarreia profusa, 8 vezes ao dia, líquida, com odor fétido, sem sangue, acompanhada de vômitos (5 vezes ao dia). Sem febre. Não consegue comer há 12 h, com piora importante do estado geral. Previamente hígido. Aleitamento materno exclusivo até 6º mês de idade.

Ao exame: letárgico, pálido, taquicênico, olhos encovados

Of: saliva espessa

AP: MV +, sra FR: 60 ipm sem tiragem
SO₂: 90%

Ac: BCNF RCR 2T, sem sopros FC: 180 bpm
Pulsos periféricos finos

PCP: 5 segundos PA: 60x40 mmHg

Abd: globoso, distendido, flácido, RHA aumentados

SN: letárgico.

- 35.** O diagnóstico provável no caso acima é:
- choque hipovolêmico compensado.
 - choque hipovolêmico hipotensivo.
 - choque séptico obstrutivo compensado.
 - Gastroenterite sem choque.
 - alergia alimentar.

- 36.** A melhor alternativa de tratamento para o caso clínico anterior é:

- antibioticoterapia via oral.
- expansão volêmica com cristalóide.
- expansão volêmica com colóide.
- restrição alimentar de lactose e proteína do leite de vaca.
- antibioticoterapia sistêmica.

- 37.** Você é acionado para avaliar criança que esta internada na enfermaria de pediatria. Chegando lá, observa criança pálida, sem movimentos respiratórios e imóvel. Não evidencia pulsos palpáveis ao seu exame físico, sendo reanimação cardiopulmonar prontamente iniciada. Após chegada do carro de parada para checagem de ritmo, o ritmo abaixo é evidenciado, mantendo-se a criança imóvel, sem respiração e sem pulso.



O diagnóstico e conduta para este caso é:

- assitolia / Manter RCP e epinefrina
- taquicardia supraventricular sem pulso/ Adenosina
- fibrilação ventricular / desfibrilação
- atividade elétrica sem pulso/ Manter RCP e Epinefrina
- atividade elétrica sem pulso/ Manter RCP e Atropina

38. Paciente de 8 anos de idade, asmático, sem tratamento de manutenção há 2 meses, evoluindo com quadro de broncoespasmo severo há 24 horas. Admitido na urgência pediátrica com oscilação nível consciência, sudoreico, pálido, dispneia intensa.

Of: ndn

Ap: sibilos difusos Fr: 50ipm Batimento de asa de nariz, tiragem intercostal e subcostal e retração fúrcula; SO_2 : 70% em ar ambiente, subindo para 75% após máscara não reinalante AC: BCNF RCR 2t, ss FC: 150 bpm PA: 95x50mmHG

Pulsos periféricos e centrais palpáveis. PCP; 5 seg

Abd : sem alt

SN: ECG 9

Ante o exposto, a melhor conduta terapêutica para este caso é:

- a) ventilação não invasiva e epinefrina IM.
- b) Máscara não reinalante e salbutamol inalatório.
- c) intubação orotraqueal, após sequência rápida com cetamina e rocurônio e tubo orotraqueal nº 5,5 com cuff.
- d) intubação orotraqueal, após sequência rápida com midazolam e rocurônio e tubo orotraqueal nº 3,5 com cuff.
- e) venturi 50% e sulfato de magnésio.

39. Quanto ao controle de Doença Renal Crônica (DRC) em pediatria, é correto afirmar que:

- I. Crianças menores de 2 anos de idade podem ser submetidas a tal classificação, utilizando KDIGO para doença renal crônica.
- II. Em crianças com DRC, a identificação e o tratamento de causas reversíveis de disfunção renal aguda ou crônica podem resultar em algum grau de recuperação da função renal, se a intervenção for realizada de modo oportuno.
- III. As condições mais comumente associadas à disfunção renal reversível envolvem contextos de redução de perfusão renal (exemplos: desidratação e instabilidade hemodinâmica) e exposição a agentes nefrotóxicos.
- IV. Em adultos e crianças com DRC, há evidências de que o controle estrito da pressão arterial retarda a progressão da DRC e reduz o risco cardiovascular.
- V. Anemia, déficit crescimento, déficit nutricional, hipertensão arterial e risco de sangramento são complicações possíveis na criança com doença renal crônica.

A alternativa que contém todas as afirmativas corretas é:

- a) I, III e V
- b) II e IV
- c) I, II, III e V
- d) II, III, IV e V
- e) I, II, III, IV e V

40. Em relação a Infecção do Trato Urinário, é correto afirmar que:

- I. Infecção do Trato Urinário (ITU) é relativamente comum em crianças, ocorrendo em aproximadamente 2% de meninos e das meninas com menos de dois anos. A prevalência em meninas reduz com a idade e estima-se que, aproximadamente, 8 a 11% desse grupo terá pelo menos uma ITU até os 7 anos de idade.
- II. A ITU pode estar relacionada a maior risco de sepsis, porém não pode ser considerada um marcador de possíveis anomalias do aparelho urinário.
- III. A investigação deve ser realizada durante a fase aguda da infecção em todas as crianças com menos de 3 anos com infecção atípica ou em lactentes com menos de 6 meses com infecções recorrentes. Para as infecções recorrentes em crianças com mais de 6 meses e infecções "típicas" em lactentes com menos de 6 meses, recomenda-se exame programado não urgente.
- IV. A uretrocistografia miccional e retrógrada (UCM) é o método de escolha para o diagnóstico do refluxo vesicoureteral e avaliação morfológica da uretra. Embora seja frequentemente adiada até o término do tratamento antimicrobiano, não há evidências de que este retardo seja necessário.
- V. A cintilografia renal estática com DMSA (ácido dimercaptosuccinico) é considerada o exame padrão-ouro no diagnóstico de defeitos do parênquima renal. O exame é realizado após o primeiro mês de vida e, habitualmente, recomendado para crianças com menos de 3 anos e ITU atípica ou recorrente.

A alternativa que contém todas as afirmativas corretas é:

- a) I, III e V
- b) II e IV
- c) I e II
- d) III, IV e V
- e) I, II, III, IV e V

41. Quanto à imunização do prematuro, é correto afirmar que:

- I. Às oito semanas de vida, os lactentes nascidos pré-termos, têm menos linfócitos T, B, Th, e também menor relação CD4:CD8 quando comparados aos RNT, de 37-41 semanas de idade gestacional, na mesma idade pós-natal. Algumas dessas insuficiências prolongam-se até o sétimo mês de vida.
- II. Em virtude do exposto na afirmativa I, deve-se adiar o procedimento de vacinação nos prematuros. A deficiência na imunidade humoral, presente ao nascer, não se reverte com o passar das semanas após o parto, o que acaba por alterar, de maneira significativa, a imunogenicidade das vacinas administradas a esta população.
- III. A vacinação deve ser adiada se o RN apresentar condições hemodinâmicas instáveis, sepse, distúrbios infecciosos ou metabólicos. Devido à reduzida massa muscular e escasso tecido celular subcutâneo, dá-se preferência à aplicação de vacinas por via intramuscular, de preferência no músculo vasto lateral da coxa, com agulhas curtas e adequadas à anatomia do pré-termo.
- IV. Embora não seja contraindicação absoluta, o Programa Nacional de Imunizações (PNI) recomenda a aplicação da vacina intradérmica contra a tuberculose (BCG-ID) somente em RN com peso superior a 2000g.
- V. Há descrições de que a aplicação da vacina tríplice bacteriana de células inteiras (DTPw) está associada ao aumento no número de episódios de apneia, crises de cianose e convulsões em RNPT, especialmente naqueles com idade gestacional menor de 31 semanas. Por esse motivo, recomenda-se que os pré-termos recebam, preferencialmente, vacinas acelulares contra a coqueluche.

A alternativa que contém todas as afirmativas corretas é:

- a I, III e V
- b II e IV
- c I, III, IV e V
- d I, II, III, IV e V
- e I, II, III e V

42. Quanto a reanimação do recém-nascido maior que 34 semanas, é correto afirmar que:

- I. Medidas de prevenção primária, com melhora da saúde materna, reconhecimento de situações de risco no pré-natal, disponibilização de recursos humanos capacitados para atender ao parto e reconhecer complicações obstétricas, entre outras.
- II. Com base na revisão sistemática da literatura e nas diretrizes da Organização Mundial da Saúde, recomenda-se, no RN ≥ 34 semanas com respiração adequada e tônus muscular em flexão ao nascimento, clampar o cordão umbilical 1-3 minutos depois da sua extração completa da cavidade uterina. O neonato pode ser posicionado no abdome ou tórax materno, evitando a perda da temperatura corporal enquanto aguarda-se o clameamento.
- III. RN com líquido amniótico meconial de qualquer viscosidade, deve ser levado à mesa de reanimação para os passos iniciais, se apresentar apneia, respiração irregular e/ou FC < 100 bpm.
- IV. Quando a VPP é indicada no RN ≥ 34 semanas, iniciar com ar ambiente (oxigênio a 21%). Uma vez iniciada a ventilação, recomenda-se o uso da oximetria de pulso para monitorar a oferta do oxigênio suplementar. Aplicar sempre o sensor neonatal no membro superior direito, na região do pulso radial, para monitorar a SatO₂ pré-ductal.
- V. Desde 2020, o ILCOR sugere o uso do ventilador mecânico manual em T para todos os recém-nascidos, desde que a sala de parto/recepção tenha gás pressurizado disponível. Uma vez que as evidências sugerem a superioridade do ventilador mecânico manual.

A alternativa que contém todas as afirmativas corretas é:

- a I, III e V
- b II e IV
- c II, III, IV e V
- d I, II, III e IV
- e I, II, III, IV e V

43. Quanto ao diagnóstico de câncer na população pediátrica, é correto afirmar que:

- I. O câncer infanto-juvenil representa de 1% a 4% de todos os novos diagnósticos da doença a cada ano, e corresponde à segunda principal causa de óbito em pediatria, depois dos acidentes.
- II. A presença de dor nos membros, associada a mais de um parâmetro alterado no hemograma, sugere neoplasia maligna, e não doença reumatoide, mesmo na ausência de blastos no sangue periférico.
- III. O câncer infanto-juvenil, na maioria dos casos, não é hereditário e, não apresenta história familiar e/ou associações com alterações genéticas ou congênitas. Entretanto, o retinoblastoma (tumor maligno intraocular) pode ser de origem genética em 40% dos casos.
- IV. O pediatra deve iniciar o uso precoce de corticosteroides na suspeição clínica do diagnóstico de doença oncológica, uma vez que este melhora o prognóstico.
- V. Linfonodomegalias assimétricas, lembrando "saco de batatas", devem ser lembradas no diagnóstico dos linfomas.

A alternativa que contém todas as afirmativas corretas é:

- a** I, III e V
- b** II e IV
- c** I, II, III e V
- d** II, III, IV e V
- e** I, II, III, IV e V

44. Menino de 12 anos de idade, com quadro de febre, sudorese, cefaleia, artralgia, mialgia, dor abdominal, hiporexia e perda ponderal de 3 kg em 3 semanas. Evoluiu na quarta semana de doença, com ausência dos pulsos periféricos, hipertensão, sopro sistólico, claudicação em membro inferior direito, associado a dispneia, precordialgia e palpitações. Apresentou há 24 horas cefaleia intensa, seguida de distúrbios visuais e convulsão. Ante o exposto, pode-se pensar no diagnóstico de:

- a** Febre reumática
- b** Artrite reumatoide
- c** Arterite de Takayasu
- d** Coarctação da aorta
- e** SIMP-COVID

45. Quanto as artrites agudas em pediatria, é correto afirmar que :

- I. A artrite aguda pode acometer uma ou mais articulações, com duração de até seis semanas, ainda que com duração limitada em múltiplas articulações e com recorrência, acometendo a mesma ou envolvendo outras articulações.
- II. A artrite aguda acomete todas as faixas etárias pediátricas, do neonato ao adolescente, podendo a etiologia variar de acordo com a idade, mas não há um predomínio claro do sexo na artrite aguda. A artrite de causa infecciosa habitualmente é mais frequente em meninos.
- III. Infecções bacterianas ósseas ou articulares se tornam suspeitas, em qualquer idade, quando houver febre, claudicação, edema articular com dor ou limitação dos movimentos de início súbito. Artrite séptica e osteomielite podem ocorrer juntas ou separadamente, afetando uma ou mais articulações.
- IV. A condução adequada da artrite séptica exige o pronto diagnóstico, atendimento emergencial e multidisciplinar, pediatra e ortopedista, para aspiração e drenagem da articulação, instituição do tratamento antimicrobiano, que pode ser via oral, guiado pelos resultados da cultura e antibiograma do aspirado sinovial.
- V. A radiografia é o padrão ouro para diagnóstico de artrites.

A alternativa que contém todas as afirmativas corretas é:

- a** I, III e V
- b** II e IV
- c** I, II e III
- d** II, III, IV e V
- e** I, II, III, IV e V

Leia o caso clínico abaixo para responder as questões 46 e 47

Escolar de 9 anos de idade, apresentando febre há 5 dias, acompanhada de tosse produtiva há 3 dias, evoluindo com piora do padrão respiratório, acompanhando de letargia e palidez. Baixa aceitação dieta e líquidos.

Ao exame: Reg, pálido, dispneico, anictérico

OF: saliva espessa

Ap: creptações em base esquerda

FR: 35ipm, tiragem intercostal SO_2 : 94%

Ac: bcnf rcr 2t,ss

FC: 160 bpm; Pulsos cheios PA: 90x50 mmhg

Abd: flácido, sem vmg, indolor

SN: sonolento

Temperatura: 38°C

46. Ante o exposto o provável diagnóstico, é:

- a) Pneumonia
- b) Choque séptico
- c) Bronquiolite
- d) Aspiração de corpo estranho
- e) Choque obstrutivo

47. A melhor opção de tratamento para o paciente acima, é:

- a) Antibioticoterapia e seguimento ambulatorial em 7 dias.
- b) Antibioticoterapia venosa em ambiente hospitalar.
- c) Broncodilatador.
- d) Oxigenioterapia e expansão volêmica.
- e) Broncoscopia.

48. Lactente com 40 dias de vida, apresentando icterícia desde nascimento, com piora da icterícia colúria e acolia fecal há 10 dias. Relato de citomegalovirose no último trimestre gestacional, não tratado. Exames de laboratório evidenciando hiperbilirrubinemia direta, aumento de fosfatase e gama gt. Ante o exposto a principal hipótese diagnóstica, é:

- a) Atresia de vias biliares.
- b) Toxoplasmose congênita.
- c) Sepses.
- d) Doença do refluxo.
- e) Rubéola congênita.

Leia o caso clínico abaixo para responder às questões 49 e 50

Menina com 2 anos de idade, apresentando perda ponderal de 5 kg em 10 dias, acompanhada de dor abdominal, poliúria e polidipsia. Exames de admissão evidenciam: cetonúria, Dx 380 mg/dl e a gasometria abaixo, além de quadro de infecção urinária vigente.

Ao exame físico: reg, hipocorada, taquipneica

Of: saliva espessa

Ap: mv sra; FR: 38ib, sem sinais de desconforto respiratório e SO_2 ;98%

AC: Bcnf rcr 2T, ss Fc: 140 bpm

PCP: 3 seg PA: 90x50 mmhg

Abd: flácido, dolor a palpação profunda

SN: ecg15

Gasometria: ph:7,15; po2:90mmhg/ PCO₂: 30mmhg; HCO₃: 15; be:-10; SO₂:98%

49. O diagnóstico provável, no caso acima é:

- a) Sepses.
- b) Choque hipotensivo.
- c) Apendicite.
- d) Hiperglicemia por erro inato do metabolismo.
- e) Cetoacidose diabética.

50. A melhor opção de tratamento para o quadro clínico acima é:

- a) antibioticoterapia
- b) cirurgia de urgência
- c) acinamento de geneticista para investigação
- d) aporte venoso com reposição de potássio e insulinoterapia contínua + antibioticoterapia
- e) antibioticoterapia associada a droga vasoativa



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ
PROCESSO SELETIVO UNIFICADO PARA RESIDÊNCIA MÉDICA 2022

Grupo E Pré-Requisito: Pediatria

Especialidades: Cardiologia Pediátrica, Medicina Intensiva Pediátrica, Nefrologia Pediátrica, Neonatologia

GABARITO DO CANDIDATO

O gabarito poderá ser copiado, **SOMENTE**, no espelho constante no final do boletim de questões disponibilizado para este fim que somente será destacado no final de sua prova, pelo fiscal de sua sala.

QUESTÃO	ALTERNATIVA	QUESTÃO	ALTERNATIVA
1		26	
2		27	
3		28	
4		29	
5		30	
6		31	
7		32	
8		33	
9		34	
10		35	
11		36	
12		37	
13		38	
14		39	
15		40	
16		41	
17		42	
18		43	
19		44	
20		45	
21		46	
22		47	
23		48	
24		49	
25		50	