

**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL
ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
EDITAL NORMATIVO Nº 1 – RM/SES-DF/2017, DE 17 DE OUTUBRO DE 2016.**

**PROCESSO SELETIVO PARA INGRESSO NOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA
DESENVOLVIDOS EM HOSPITAIS, ATENÇÃO PRIMÁRIA E DEMAIS CENÁRIOS DE PRÁTICA DA
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL**

PROGRAMAS – GRUPO 004

Cancerologia Pediátrica (502), Alergia e Imunologia Pediátrica (601), Endocrinologia Pediátrica (605), Gastroenterologia Pediátrica (610), Hematologia Pediátrica (611), Infectologia Pediátrica (613), Medicina Intensiva Pediátrica (616), Nefrologia Pediátrica (618), Neonatologia (619), Neurologia Pediátrica (621), Pneumologia Pediátrica (623) e Reumatologia Pediátrica (625).

Data e horário da prova: Domingo, 27/11/2016, às 14h

INSTRUÇÕES

- Você receberá do fiscal:
 - um caderno da prova objetiva contendo 120 (cento e vinte) itens; e,
 - um cartão de respostas ótico personalizado.
- Verifique se a numeração dos itens, a paginação do caderno da prova objetiva e a codificação do cartão de respostas ótico estão corretas.
- Verifique se o programa selecionado por você está explicitamente indicado nesta capa.
- Quando autorizado pelo fiscal do IADES, no momento da identificação, escreva no espaço apropriado do cartão de respostas, com a sua caligrafia usual, a seguinte frase:

Amigos distantes, abrace-os.

- Você dispõe de 3 (três) horas e 30 (trinta) minutos para fazer a prova objetiva, devendo controlar o tempo, pois não haverá prorrogação desse prazo. Esse tempo inclui a marcação do cartão de respostas ótico.
- Somente após decorrida 1 (uma) hora do início da prova, você poderá entregar seu cartão de respostas ótico e o caderno de provas e retirar-se da sala.
- Somente será permitido levar o caderno de questões da prova objetiva após 3 (três) horas do início da prova.
- Deixe sobre a carteira apenas o documento de identidade e a caneta esferográfica de tinta preta, fabricada de material transparente.
- Não é permitida a utilização de qualquer aparelho eletrônico de comunicação.
- Não é permitida a consulta a livros, dicionários, apontamentos e apostilas.
- Você somente poderá sair e retornar à sala de aplicação de provas na companhia de um fiscal do IADES.
- Não será permitida a utilização de lápis em nenhuma etapa da prova.

INSTRUÇÕES PARA A PROVA OBJETIVA

- Verifique se os seus dados estão corretos no cartão de respostas da prova objetiva. Caso haja algum dado incorreto, escreva apenas no(s) campo(s) a ser(em) corrigido(s), conforme instruções no cartão de respostas.
- Leia atentamente cada item e assinale, no cartão de respostas ótico.
- O cartão de respostas ótico não pode ser dobrado, amassado, rasurado ou manchado e nem pode conter nenhum registro fora dos locais destinados às respostas.
- O candidato deverá transcrever, com caneta esferográfica de tinta preta, as respostas da prova objetiva para o cartão de respostas, para a respectiva folha de resposta.
- A maneira correta de assinalar a alternativa no cartão de respostas é cobrir, fortemente, com caneta esferográfica de tinta preta, o espaço a ela correspondente.
- Marque as respostas assim: ●

Tipo “U”

Realização

iades
Instituto Americano de Desenvolvimento

PEDIATRIA
Itens de 1 a 120

Paciente do sexo feminino, 6 anos de idade, previamente hígida, está há dois dias com febre alta (39 °C – 40 °C), prostração, vômitos, dor abdominal e dor de garganta com recusa alimentar, sem sintomas de rinorreia ou obstrução nasal. Há 12 horas, surgiu *rash* eritematoso de textura áspera no tórax, disseminando-se para o pescoço. No momento do exame físico, a paciente apresenta-se febril, com *rash* no tronco, no pescoço e nos membros, hiperemia e edema de amígdalas, com presença de exsudato purulento, edema, petéquias na úvula e no palato mole, e hiperemia intensa de face com palidez perioral, sem alterações de conjuntivas.

Considerando esse caso clínico, julgue os itens a seguir.

1. Trata-se provavelmente de escarlatina, e tem como agente causador o *Streptococcus pyogenes*, embora a paciente não pertença à faixa etária de maior incidência da doença, mais comum em lactentes.
2. O diagnóstico dessa patologia é essencialmente clínico, e não há necessidade de testes específicos.
3. Com base na descrição do caso, espera-se encontrar *rash* mais intenso em áreas de flexuras (prega poplíteia, axilas e prega cubital).
4. É indicado o uso de antibiótico para reduzir o tempo da doença, as chances de transmissão e as chances de complicações supurativas e não supurativas, como febre reumática e a glomerulonefrite difusa aguda.
5. A penicilina é o antibiótico de primeira escolha para tratamento da patologia descrita e, em pacientes alérgicos, em razão da possibilidade de reação cruzada com as cefalosporinas, o antibiótico de escolha para erradicar o patógeno da orofaringe é o sulfametoxazol-trimetoprim.

Considere hipoteticamente que chega ao consultório um lactente de 5 meses de idade. A mãe relata que o filho apresenta diarreia há pelo menos quatro semanas, em alguns episódios com presença de muco e raia de sangue. Na primeira semana, apresentou alguns episódios de vômito, que cederam com o decorrer dos dias. Recebeu aleitamento materno exclusivo até os três meses, quando foi iniciada a complementação com fórmula para lactente de primeiro semestre. Houve pouco ganho ponderal no último mês, no entanto, o paciente encontra-se eutrófico, hidratado, em bom estado geral. Ao exame físico, observam-se lesões eritematosas em áreas de dobras e na face, compatíveis com dermatite atópica. Não há assaduras no períneo, e o abdome encontra-se levemente distendido, sem alterações com a palpação.

Em relação ao caso clínico apresentado, julgue os itens a seguir.

6. No caso de teste terapêutico para intolerância a lactose, deve-se orientar a mãe para substituir a fórmula mencionada por fórmula à base de proteína de soja e suspender o aleitamento materno.
7. Na realização de teste terapêutico para alergia à proteína do leite de vaca, o tratamento de primeira escolha é a substituição da fórmula mencionada por fórmula à base de proteína de soja, e não há evidências da necessidade de alteração da dieta materna.

8. Ao optar-se por teste terapêutico tanto para intolerância a lactose quanto para alergia à proteína do leite da vaca, a conduta correta é a substituição da fórmula mencionada por fórmula de hidrolisado proteico sem lactose e a suspensão do leite materno.
9. Não se pode distinguir, apenas com as informações desse caso clínico, se o paciente apresenta intolerância a lactose ou alergia à proteína do leite da vaca, de forma que a conduta mais adequada é a solicitação de exames laboratoriais específicos para cada uma.
10. Embora se possa tentar tratar a intolerância a lactose ou a alergia à proteína do leite de vaca, é pouco provável que o paciente sofra de um deles, pois ambas teriam se apresentado ainda no período neonatal, na primeira exposição do paciente, de forma que se pode praticamente excluir ambas pela faixa etária dele, relatada no caso clínico.

Um lactente de 3 meses de idade, previamente hígido, nascido a termo, com peso adequado, sem intercorrências no período neonatal, chega à emergência trazido pela mãe, que relata que, há dois dias, o filho apresentava quadro de rinorreia, espirros, tosse, febre, com temperatura axilar máxima de 38,5 °C. Com o passar das horas, a tosse intensificou-se, e o paciente tornou-se irritado, com dificuldade de mamar em razão da taquidispneia. A mãe relata que, há algumas horas, o filho apresenta “chiado no peito”. Ao exame físico, observa-se agitação, FR > 70, tiragem subcostal e batimento de asas do nariz, além de sibilos à ausculta. A mãe nega episódios prévios de sibilância e história familiar de asma ou de alergias de pele.

A respeito desse caso clínico, julgue os itens a seguir.

11. Não há evidências do benefício da administração de corticoide sistêmico em pacientes como o do caso clínico apresentado.
12. É provável que a radiografia de tórax evidencie sinais de hiperinsuflação pulmonar, como aumento da transparência pulmonar e retificação dos arcos costais e do diafragma.
13. A frequência respiratória aumentada contraindica a nutrição por via oral e, em casos de taquidispneia grave, mesmo a alimentação por sonda deve ser descontinuada.
14. Os broncodilatadores são muito usados na prática clínica, mas o real benefício deles nessa faixa etária ainda carece de comprovação científica.
15. A infecção pelo vírus sincicial respiratório é a principal causa de sibilância em crianças durante os três primeiros anos de vida, e pode contribuir para o desenvolvimento de hiper-responsividade brônquica.

Considere que um paciente de 9 anos de idade, do sexo masculino, há cinco dias, apresentou um quadro de rinorreia, espirros, cefaleia, tosse e dor de garganta de leve intensidade. Há dois dias, evoluiu com febre alta, temperatura axilar > 39 °C, calafrios e queixas de “cansaço”. No momento da consulta, apresenta-se taquipneico, com retração subcostal leve. A ausculta revelou murmúrio vesicular reduzido à direita, e a radiografia de tórax evidenciou opacificação no lobo inferior direito com velamento do seio costofrênico. Não está em uso de nenhum esquema de antibioticoterapia.

Com base no caso clínico apresentado, julgue os itens a seguir.

16. O derrame pleural é a principal complicação das pneumonias bacterianas e deve sempre ser pesquisado, quando não houver melhora clínica, após 72 horas de antibioticoterapia.
17. A penicilina é a droga apropriada para tratamento do paciente em questão.
18. É indicado, nesse caso, fazer nova radiografia de tórax após três dias de tratamento, para avaliar evolução.
19. Se o paciente fosse um lactente menor de dois meses, com diagnóstico de pneumonia, porém em bom estado geral, apresentando apenas taquipneia leve, sem hipoxemia, ele poderia ser tratado ambulatorialmente com antibioticoterapia oral, desde que pudesse ser reavaliado em 48 horas.
20. Se o derrame pleural em questão for maior que 1 cm, ele deve ser punccionado para coleta e análise do líquido, e o paciente deve ser internado para antibioticoterapia endovenosa.

Uma paciente de 7 anos de idade foi encaminhada pelo clínico da rede básica para acompanhamento. Ela apresenta, desde os três anos de idade, episódios de sibilância associados a tosse, dispneia aos esforços, prurido nasal, coriza e espirros frequentes. Já faz uso, há três meses, de corticoide inalatório em dose baixa e beta-agonista de ação prolongada, além de beta-agonista de curta duração nas exacerbações. No último mês, apresentou sintomas diurnos apenas durante dois dias, nega cansaço nas atividades físicas e a necessidade de medicações de resgate, e apresentou apenas um despertar noturno por tosse e sibilância. Revisando-se a técnica de uso das medicações inalatórias, observa-se que a mesma está correta, e que todas as medidas de higiene ambiental já foram tomadas.

Considerando esse caso clínico, julgue os itens a seguir.

21. Trata-se de caso de asma parcialmente controlada, e pode-se iniciar redução da medicação de manutenção.
22. Se alterada a medicação, mesmo com melhora dos sintomas, deve-se manter a nova dose por pelo menos mais três meses.
23. Deve ser estimulado o uso das medicações inalatórias com espaçador.
24. Pode-se prescrever o uso de corticoide inalatório em dose média/alta, associado a teofilinas de liberação lenta, e deve-se suspender o beta-agonista de ação prolongada, pois este não deve ser usado em pacientes menores de 10 anos de idade.
25. Pode-se prescrever o uso de corticoide inalatório em dose média/alta, associado a antileucotrienos, e deve-se suspender o beta-agonista de ação prolongada, pois este não deve ser usado em pacientes menores de 10 anos de idade.

Considere que uma paciente de 7 anos de idade, previamente hígida, foi encaminhada pelo clínico da unidade básica por estar apresentando, há mais de quatro meses, crescimento mamário e pelos pubianos terminais. Apresentava dosagem de hormônio luteinizante (LH) aumentada pós-estímulo, com hormônio liberador de gonadotrofina (GnRH).

A respeito desse caso clínico, julgue os itens a seguir.

26. Trata-se provavelmente de puberdade precoce de origem central.
27. A dosagem sérica de GnRH não determina o diagnóstico bioquímico de puberdade precoce.
28. Deve-se solicitar ressonância magnética de crânio.
29. A pubarca também poderia ser manifestação de puberdade precoce de origem periférica, embora a telarca precoce não possa.
30. Espera-se encontrar idade óssea avançada em relação à idade cronológica.

Paciente de 4 anos de idade, sexo masculino, foi levado à consulta pelos pais, os quais relatam que, há cerca de um mês, observaram mudança no comportamento do filho, que vem apresentando quedas frequentes, tremores e mudanças progressivas no jeito de andar e de falar, deambulando como se estivesse embriagado, optando por brincadeiras que pode realizar sentado, e apresentando dificuldade ao levantar-se do chão. Ao exame clínico, apresentou marcha de base alargada, disdiadococinesia, incapacidade de realizar prova dedo-nariz e disartria. Foi solicitada ressonância magnética de encéfalo, que evidenciou massa heterogênea captante de contraste em linha média do cerebelo, invadindo o quarto ventrículo, compatível com meduloblastoma.

Acerca desse caso clínico, e considerando os conhecimentos médicos a respeito dos tumores de sistema nervoso central na infância, julgue os itens a seguir.

31. Estaria claro o envolvimento do cerebelo entre as estruturas comprimidas pelo tumor, mesmo na ausência do exame de imagem.
32. Esse caso é exceção, já que a grande maioria dos tumores de sistema nervoso em crianças é de localização extraencefálica, sendo de localização medular em mais de 50% dos casos.
33. O meduloblastoma é o tumor cerebral mais associado à neurofibromatose tipo 1, de forma que se deve pesquisar, nesse paciente, manchas café com leite e efélides axilares, entre outros achados típicos dessa facomatose.
34. O meduloblastoma é o tumor de fossa posterior mais frequente na infância.
35. É pouco provável que o paciente em questão evolua com necessidade de derivação ventrículo-peritoneal e de hipertensão intracraniana.

Considere que um paciente do sexo feminino, 9 anos de idade, previamente hígida, chega à emergência levada pela mãe. Chega sonolenta, febril e hipotônica, e a mãe relata que a filha apresentou episódio de convulsão, tonico-clônica, os movimentos iniciaram em membro superior esquerdo e, após alguns minutos, a crise generalizou-se. Teve duração de pelo menos 5 minutos. No caminho entre a casa e a emergência, a criança apresentou novo episódio, idêntico ao primeiro. Ao exame físico, apresenta torpor, Tax = 39 °C, oroscopia e otoscopia normais, sem sinais de meningismo ou esforço ventilatório.

Em relação ao caso clínico apresentado, julgue os itens a seguir.

36. Trata-se de caso clássico de convulsão febril, e os pais devem ser tranquilizados.

37. A ocorrência de convulsão febril na infância aumenta o risco de epilepsia no futuro.
38. A punção lombar torna-se desnecessária em razão da ausência de sinais meníngeos.
39. A manifestação da crise, com reentrância em menos de 24 horas, reforça a hipótese de convulsão febril.
40. A manifestação inicialmente focal torna desnecessária a investigação com exames de imagem.

Um lactente de 6 meses de idade, nascido a termo de parto cesáreo, sem intercorrências no período neonatal, foi levado à consulta de puericultura, sem queixas por parte da mãe. Ao nascer, pesava 2.900 kg, tinha estatura de 45 cm e perímetro cefálico de 34 cm. No momento da consulta, apresenta peso de 7,00 kg, estatura de 60 cm e perímetro cefálico de 40 cm. Possui a fontanela anterior ainda aberta e normotensa.

Com base nesse caso clínico, e acerca dos conhecimentos médicos relacionados ao crescimento e ao desenvolvimento nessa faixa etária, julgue os itens a seguir.

41. O ganho de peso esperado é 700 g por mês no primeiro trimestre, e 600 g por mês no segundo.
42. A estatura geralmente aumenta em aproximadamente 15 cm no primeiro trimestre de vida.
43. O paciente descrito apresenta peso e estatura abaixo do esperado para a idade, mas tem perímetro cefálico adequado.
44. O aumento esperado do perímetro cefálico é de 2 cm/mês no primeiro trimestre, e de 1 cm/mês no segundo.
45. A fontanela anterior do paciente já deveria estar fechada.

Considere hipoteticamente que um paciente de 11 anos de idade, hígido, é levado à consulta pela mãe por queixar-se de apresentar estatura menor que a da irmã gêmea, além de ginecomastia com broto mamário de 2,5 cm de diâmetro e ausência de pelos axilares e de pubarca, embora apresente aumento testicular.

A respeito desse caso clínico, e considerando os conhecimentos médicos relacionados à puberdade masculina, julgue os itens a seguir.

46. Após o desenvolvimento dos túbulos seminíferos, ocorre a maturação das células de Leydig e a produção de andrógenos testiculares. Por essa razão, os pelos pubianos aparecerão posteriormente ao crescimento testicular.
47. O atraso do crescimento em relação ao da irmã é motivo para o início de investigação de causas secundárias de baixa estatura.
48. A massa magra, que geralmente corresponde a 80% no período pré-puberal, aumenta para até 90% nos meninos e diminui para cerca de 70%-75% nas meninas.
49. A ginecomastia é fenômeno normal e comum na puberdade, chegando a acometer 60% dos meninos, mais frequentemente de apresentação unilateral.
50. Nesse caso, é improvável que ocorra involução espontânea da ginecomastia.

Uma lactente de 10 meses de idade, nascida a termo, é levada ao pronto atendimento por apresentar coriza e tosse de leve intensidade. Ao exame físico, pode-se observar que necessita do apoio do pediatra para manter-se sentada, ou inclina-se para frente apoiando as mãos na maca, e não mantém-se em pé, mesmo com apoio. A paciente rola e rasteja, mas não engatinha. Há presença de reflexos de preensão palmar e plantar.

Quanto ao caso clínico apresentado, e considerando o desenvolvimento da paciente, julgue os itens a seguir.

51. O desenvolvimento da paciente está compatível com a respectiva idade cronológica.
52. Deveriam estar ausentes os reflexos de preensão palmar e plantar.
53. Deve-se interrogar os pais acerca do controle do esfíncter vesical, pois este já deve ter sido adquirido.
54. Deve ser avaliada a capacidade de transferir objetos de uma mão a outra, visto que essa habilidade já deve ter sido adquirida nessa idade.
55. O desenvolvimento está muito atrasado, e a lactente deveria estar andando sem apoio.

Considere um paciente do sexo masculino, de 3 anos de idade, que apresenta, há seis dias, febre alta, com vários picos por dia, que cede parcialmente com antipiréticos. O paciente apresentou exantema em tronco e posteriormente em membros superiores e inferiores, além de linfonodos palpáveis com aumento discreto em cadeia cervical posterior, hiperemia conjuntival, hiperemia e fissuras dos lábios e língua e edema de mãos e pés. Ausculta cardíaca e pulmonar normais. Trata-se do quadro clínico clássico da doença de Kawasaki, ou poliarterite nodosa infantil, que se caracteriza por uma inflamação vascular generalizada associada a febre alta e remitente, e é famosa pelo risco de formação de aneurismas coronarianos.

A respeito desse caso clínico, julgue os itens a seguir.

56. Se houver retorno da febre após um período afebril, deve-se pensar em um prognóstico pior, pois esse evento está associado a maior incidência de alterações coronarianas.
57. É indicado ecocardiograma ainda na fase aguda da doença, e o achado esperado é uma miocardite com diminuição da contratilidade miocárdica e derrame pericárdico.
58. É indicado, nesse caso, o tratamento com altas doses de imunoglobulina intravenosa.
59. O tratamento com salicilatos em dose antitrombótica deve ser mantido por até oito semanas, ou até normalização do VHS, se houver evidência de alteração coronariana no ecocardiograma.
60. Se essa criança necessitar de salicilatos por tempo indeterminado, deve-se imunizá-la contra varicela e *influenza*.

Um recém-nascido prematuro, com 36 semanas de idade, pequeno para a idade gestacional, Apgar 5, 7 e 9, apresenta-se com icterícia, hepatoesplenomegalia e plaquetopenia logo nas primeiras 24 horas de vida. A ultrassonografia transfontanelar evidencia dilatação ventricular e calcificações intracranianas difusas.

Com base na hipótese clínica apresentada, julgue os itens a seguir.

61. É provável que a fundoscopia revele coriorretinite; no entanto, se normal ao nascimento, não se faz necessário repeti-la.
62. O padrão de calcificações intracranianas fala a favor de infecção congênita por citomegalovírus.
63. Trata-se provavelmente de um quadro sintomático de toxoplasmose congênita, de forma que o tratamento com sulfadiazina e pirimetamina associadas ao ácido fólico deve ser instituído assim que possível e continuado até o sexto mês de vida.
64. Está indicada a coleta de líquido, e os achados esperados na análise do LCR são pleocitose às custas de linfócitos e hiperproteínoorraquia.
65. Trata-se provavelmente de um quadro sintomático de toxoplasmose congênita; a confirmação diagnóstica dá-se pela presença de IgM ou IgA específicas nos primeiros seis meses de vida, e da persistência de IgG específica no sangue periférico após os 12 primeiros meses de vida.
66. Achados como proteinorraquia > 1 g/dL ou coriorretinite na fundoscopia indicam a necessidade de associar corticoide ao esquema de tratamento.
67. A chamada tríade clássica de Sabin, caracterizada por microcefalia ou hidrocefalia, coriorretinite bilateral, atraso de desenvolvimento neurológico e calcificações intracranianas, faz-se presente na maioria dos casos de toxoplasmose congênita sintomática.
68. A infecção congênita apresentada no quadro clínico descrito pode evoluir com surdez neurossensorial, de forma que o paciente deve ser encaminhado futuramente para acompanhamento audiológico.

Um paciente de 10 anos de idade, com história de dermatite atópica, rinite alérgica e asma de difícil controle, usuário de corticoide inalatório, apresenta-se com exantema iniciado em face couro cabeludo há dois dias, que se disseminou para tronco e membros, atingindo também a mucosa oral. Exantema iniciou-se após dois dias de febre, indisposição e dor abdominal de leve intensidade. No momento do exame físico, apresenta lesões em pápulas, vesículas, pústulas umbilicadas e crostas; temperatura axilar de 38,5 °C.

Com base na hipótese clínica apresentada, julgue os itens a seguir.

69. Está indicado o uso de aciclovir via oral por cinco dias.
70. A doença descrita nesse caso clínico pode ocorrer em indivíduos vacinados.
71. A irmã mais velha do paciente, gestante, sem história de varicela, e que passou o dia anterior ao surgimento do exantema na companhia do paciente em ambiente fechado, deve receber vacinação de bloqueio.
72. A doença descrita pode cursar com complicações neurológicas, como síndrome atáxica cerebelar provocada pelo uso de salicilatos.
73. O vírus responsável pela doença descrita nesse quadro clínico é capaz de se manter latente nos gânglios sensitivos durante anos e manifestar-se em períodos de imunossupressão, como lesões de pele restritas a um dermatomo, em forma de pápulas, vesículas, pústulas e crostas, cujo contato não oferece risco de infecção aos susceptíveis.

74. Se a febre persistir por mais de quatro ou cinco dias após o início do exantema, o paciente apresentar tosse ou dispnéia, deve-se pensar em pneumonia bacteriana secundária, que consiste na principal causa de mortalidade em crianças com varicela nesse País.

Considere hipoteticamente que uma criança de 7 anos de idade, sexo feminino, tinha sido levada pelos pais à emergência e que chegou torporosa, após queixas de dor abdominal, fraqueza, alguns episódios de vômito e indisposição. Ao exame físico, apresentava hálito cetônico e sinais de desidratação, como mucosas secas, turgor da pele diminuído e taquicardia. O hemoglutoteste revelou glicemia de 530 mg/dL.

Com relação ao caso clínico apresentado e à dosagem sérica de potássio na cetoacidose diabética, julgue os itens a seguir.

75. Costuma encontrar-se na faixa de normalidade no início do quadro.
76. Tende a apresentar queda dos níveis após início da correção da cetoacidose.
77. A depleção de potássio deve-se à perda intracelular e à perda pelos rins em função da glicosúria e da cetonúria.
78. O potássio sérico encontra-se aumentado devido ao efeito retentor de potássio da aldosterona.
79. A hipocalemia está entre as complicações mais comuns do tratamento da cetoacidose, associada à queda abrupta da glicose plasmática.

Um lactente de 9 meses de idade, sexo masculino, a termo, com peso adequado e calendário vacinal em dia, há dois dias, apresentava febre alta, inapetência, vômitos e irritabilidade, sem sintomas respiratórios. Há algumas horas, apresentou episódio de cianose periférica e hipotonia, e foi verificada temperatura axilar de 38,7 °C. No momento da consulta, apresentava-se afebril, hipocorado, hipoativo, taquicárdico, com mucosas secas e turgor da pele diminuído; sem sinais de desconforto respiratório, peritonismo ou meningismo; oroscopia e otoscopia normais, bem como a ausculta torácica. Diante de quadro de desidratação e febre sem foco ao exame físico, foram realizados hemograma, hemocultura, exame qualitativo de urina e urocultura coletados por cateterismo vesical. O hemograma evidenciou leucocitose com desvio à esquerda, e a análise de urina mostrou presença de 40 piócitos por campo, além de cilindros piocitários, nitrito positivo e Ph alcalino.

Com base na hipótese clínica apresentada, e a respeito das infecções do trato urinário na infância, julgue os itens a seguir.

80. As infecções do trato urinário, no primeiro ano de vida, são mais comuns no sexo masculino.
81. A pielonefrite aguda é a principal causa bacteriana de febre sem foco aparente em lactentes menores de 24 meses de idade.
82. O método de coleta de jato médio com urocultura mostrando mais de 100.000 UfC/mL confirma ITU; na coleta por sondagem vesical, o diagnóstico se dá quando o número de UfC/mL é > 50.000.

- 83.** Está indicada a ultrassonografia de rins e vias urinárias mesmo se tratando de primeiro episódio de ITU.
- 84.** No caso clínico, pode-se tentar o tratamento ambulatorial com cefalosporina de terceira geração por via oral por tratar-se de lactente maior de dois meses de idade.
- 85.** A cintilografia renal estática com DMSA é útil na detecção de cicatrizes renais irreversíveis, e recomenda-se que seja feita, no mínimo, quatro meses após a resolução da ITU.

Considere hipoteticamente uma adolescente de 11 anos de idade, hígida, segundo a mãe, e que chega ao consultório com queixa de ainda não ter apresentado a menarca, diferentemente das respectivas amigas. Apresentou a telarca aos 10 anos, já apresenta pelos pubianos e, há poucos meses, iniciou a pilificação axilar.

No que se refere a esse caso clínico e à puberdade feminina, julgue os itens a seguir.

- 86.** A menarca de fato está atrasada, visto que geralmente ocorre antes da pilificação pubiana e axilar, e deve-se iniciar investigação.
- 87.** A menarca geralmente ocorre de 24 a 30 meses após a telarca, de forma que a conduta adequada é a tranquilização da paciente.
- 88.** A menarca marca o início do pico de crescimento nas meninas, portanto seria normal se a menina tivesse apresentado crescimento de apenas 3 cm desde a telarca.
- 89.** A menarca não está atrasada, mas deve-se investigar a causa do surgimento do broto mamário antes da pilificação axilar e pubiana.
- 90.** Geralmente, os ciclos menstruais dos dois primeiros anos após a menarca são anovulatórios, embora a ovulação possa ocorrer desde a menarca.

Determinada paciente de 6 anos de idade, parda, com diagnóstico de anemia falciforme há 2 anos, apresenta, há oito dias, quadro algico intenso em região paraesternal: dor intensa, intermitente, sem irradiação, e que não cede com analgésicos. Há quatro dias, apresenta febre diária e tosse produtiva. Ao exame físico, mostra-se hipocorada, anictérica e afebril. Ausculta cardíaca normal, taquicárdica; ausculta pulmonar com murmúrio rude, roncos e sibilos difusos. Abdome indolor e plano, fígado palpável a 2 cm, e baço a 3 cm do rebordo costal.

Considerando a hipótese clínica apresentada e as complicações agudas da doença falciforme, julgue os itens a seguir.

- 91.** A crise vaso-oclusiva pode ser desencadeada por desidratação, exposição ao frio, exercício físico e uso de álcool ou diuréticos.
- 92.** Em vigência de crise falcêmica, deve-se iniciar, sem demora, corticoide sistêmico e hidratação intensa.
- 93.** A infecção mais comum no doente falciforme é a pneumonia, devendo ser sempre realizado um diagnóstico diferencial da síndrome torácica aguda.
- 94.** Osteomielite é consequência comum dos repetidos microinfartos ósseos, e os locais mais acometidos são fêmur, tíbia e úmero, sendo a Salmonella o principal agente etiológico.

- 95.** O sequestro esplênico é uma complicação muito comum na infância, caracterizada por aumento do volume do baço, queda dos níveis de hemoglobina, sinais de anemia e hipovolemia.

Uma criança de 2 anos de idade, previamente hígida, foi levada à unidade de saúde pelos pais por apresentar, há algumas horas, choro intenso, braço esquerdo parado junto ao tronco, com a palma da mão virada para trás. Ao exame físico, recusa-se a levantar o braço acima da cintura, leva a mão contralateral para pegar objetos, apresenta fácies de dor e choro intenso ao movimento de rotação do antebraço realizado pelo médico. Pulso radial presente e simétrico. Não há dor à palpação do cotovelo nem sinais flogísticos.

Com base no caso clínico apresentado, julgue os itens a seguir.

- 96.** Trata-se de um quadro de pronação dolorosa, que se deve basicamente à lesão do ligamento anular pós-tração do rádio, e deve-se proceder à imobilização do membro.
- 97.** Há necessidade de radiografia, assim que possível, para estabelecer o diagnóstico.
- 98.** Deve ser realizada manobra de redução, sem necessidade de imobilização posteriormente.
- 99.** A recorrência dessa lesão é rara, e deve-se proceder investigação para causas de frouxidão ligamentar, se houver um segundo episódio.
- 100.** Nas crianças com predisposição, a lesão costuma apresentar recorrências até o período da adolescência e cursar com sequelas articulares.

Considere hipoteticamente uma criança de 7 anos de idade, do sexo feminino, vítima de acidente automobilístico, que foi projetada para fora do veículo. Chega em maca rígida, com colar cervical, irresponsiva, Glasgow 6, recebendo oxigenoterapia por máscara não reinalante. Apresenta sinais de esforço ventilatório, murmúrio vesicular abolido e hipertimpanismo, à esquerda, em que se observa ferimento perfurante no tórax. Apresenta-se taquicárdica, hipotensa e com pulsos finos. Há deformidades em perna direita, braços e maxilar; Sat O₂ de 70%.

Com relação ao caso clínico apresentado, julgue os itens a seguir.

- 101.** É provável a presença de pneumotórax à esquerda, e deve-se proceder à cobertura do ferimento perfurante com curativo de três pontos.
- 102.** Deve-se estabelecer via aérea definitiva por meio de intubação orotraqueal com cânula adequada. Se não houver possibilidade, deve-se proceder com cricotireoidostomia por via cirúrgica.
- 103.** A intubação nasotraqueal não deve ser realizada na criança traumatizada abaixo de 12 anos de idade e em crianças com trauma de face.
- 104.** O acesso venoso via veia femoral deve ser evitado em crianças.
- 105.** Qualquer droga ou solução que possa ser administrada por via endovenosa também pode ser administrada por via intraóssea.

Em 13 de julho de 1990, foi aprovada a Lei nº 8.069, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), a partir do qual os mesmos passaram a gozar de amplos direitos de proteção de integridade física e psicológica, lazer e bem-estar, devendo ser amparados pela família, a comunidade e o Estado. Com relação ao ECA, julgue os itens a seguir.

106. Cabe ao poder público fornecer gratuitamente às crianças e aos adolescentes que necessitarem de medicamentos, próteses e outros recursos relativos a tratamento, habilitação ou reabilitação.
107. Os serviços de unidade de terapia intensiva deverão dispor de banco de leite humano ou unidade de coleta de leite humano.
108. Os estabelecimentos de atendimento à saúde da criança e do adolescente, exceto as unidades de terapia intensivas neonatais e pediátricas, deverão proporcionar condições para a permanência, em tempo integral, de um dos pais ou responsável em caso de internação de criança ou adolescente.
109. Os hospitais e demais estabelecimentos de atenção à saúde de gestantes e neonatos, públicos e privados, são obrigados a manter registro das atividades desenvolvidas por meio de prontuários individuais pelo prazo de 18 anos, no mínimo.
110. Os hospitais são obrigados a fazer exames visando ao diagnóstico e à terapêutica de anormalidades no metabolismo do recém-nascido, bem como prestar apoio aos pais.

Um paciente de 4 anos de idade apresenta edema discreto de mãos e pés há três dias, associado a lesões que inicialmente se manifestaram como máculas róseas e evoluíram com petéquias e pápulas elevadas, de coloração arroxeadas. Apresentou febre baixa, prostração e queixas de dor abdominal em cólicas durante a última semana. Ao exame físico, observa-se também edema, calor e dor articular em tornozelos. Foi levado ao pronto atendimento por piora da dor abdominal associada à evacuação com muco e sangue.

Com base no caso clínico apresentado, julgue os itens a seguir.

111. É provável que o paciente tenha apresentado infecção de vias aéreas superiores nas semanas anteriores ao quadro atual.
112. Trata-se de provável púrpura de Henoch-Schönlein, embora o paciente não esteja na faixa etária típica de apresentação dessa vasculite.
113. O sangramento digestivo afasta a hipótese de púrpura de Henoch-Schönlein e torna mandatória a investigação de outras causas.
114. O envolvimento renal costuma manifestar-se predominantemente como síndrome nefrótica, justificando o edema apresentado pelo paciente.
115. É esperado que o hemograma se apresente com número de plaquetas aumentado, leucocitose e discreta anemia.

Uma lactente, nascida a termo, com peso adequado, sem intercorrências no pré-natal e em sala de parto, recebeu alta

da maternidade com 48 horas de vida. No sexto dia de vida, chega à emergência taquipneica, sudorética, taquicárdica, oligúrica, apresentando sinais de desconforto respiratório com tiragem intercostal e subcostal, fígado palpável a 3 cm do rebordo costal à direita. A ausculta pulmonar apresenta crepítantes difusos, ausculta cardíaca com ritmo regular, em dois tempos; sopro sistólico 1+/6+ em bordo esternal esquerdo médio, sopro sistólico 3+/6 no dorso, em região interescapular à esquerda; pulsos em membros superiores: 4+/4+ em membros inferiores: 2+/4+. Exames laboratoriais com hemograma e marcadores inflamatórios normais.

Com base nesse caso clínico, julgue os itens a seguir.

116. O ecocardiograma fetal normal não afasta definitivamente o diagnóstico de coarctação de aorta.
117. A anormalidade cardíaca mais comumente associada à coarctação de aorta é a válvula aórtica bicúspide.
118. A localização usual da coarctação da aorta é justaductal, imediatamente após a emergência da artéria subclávia esquerda.
119. Aneurismas intracerebrais devem ser investigados em um segundo momento.
120. Deve-se iniciar a infusão de prostaglandinas com o intuito de promover o fechamento do canal arterial e assim diminuir a congestão pulmonar.

Área livre