

RESIDÊNCIA MÉDICA 2014

Endocrinologia Pediátrica

Gastroenterologia Pediátrica

Neonatologia

Neurologia Pediátrica

(Questões de múltipla escolha)

Leia estas instruções:

- 1 Confira se os dados contidos na parte inferior desta capa estão corretos e, em seguida, assine no espaço reservado para isso.
- 2 Este Caderno contém 50 questões de Pediatria.
- 3 Se o Caderno estiver incompleto ou contiver imperfeição gráfica que impeça a leitura, solicite imediatamente ao Fiscal que o substitua.
- 4 Cada questão apresenta quatro opções de resposta, das quais apenas uma é correta.
- 5 Utilize qualquer espaço em branco deste Caderno para rascunhos e não destaque nenhuma folha.
- 6 Os rascunhos e as marcações feitas neste Caderno não serão considerados para efeito de avaliação.
- 7 Você dispõe de, no máximo, quatro horas para responder às questões e preencher a Folha de Respostas.
- 8 O preenchimento da Folha de Respostas é de sua inteira responsabilidade.
- 9 Ao retirar-se definitivamente da sala, devolva ao fiscal a Folha de Respostas.
- 10 Retirando-se antes de decorrerem três horas do início da prova, devolva também este Caderno; caso contrário poderá levá-lo.

Assinatura do Candidato: _____

01. A respeito do transporte seguro de crianças e adolescentes em veículos automotores, é correto afirmar:
- A) Crianças e adolescentes com estatura inferior a 1,45m podem viajar sem o dispositivo restritivo de segurança.
 - B) Crianças e adolescentes menores de 13 anos podem viajar no banco dianteiro, desde que utilizem cinto de três pontos e *air bag* desativado.
 - C) Crianças e adolescentes com estatura inferior a 1,45m devem utilizar assentos elevadores com cinto de três pontos no banco dianteiro.
 - D) Crianças com estatura superior a 1,45m (média aos 11 anos de idade) podem passar a usar o cinto de segurança de três pontos.
02. Recém-nascido de termo, Apgar 9 e 10, com peso de nascimento de 3.600g, em aleitamento materno exclusivo, apresentou icterícia, necessitando fototerapia no terceiro dia de vida, quando apresentava peso de 3.100g. Os exames laboratoriais afastaram a hipótese de infecção, incompatibilidade sanguínea e deficiência de G6PD. A conduta indicada para esse paciente é:
- A) Iniciar hidratação venosa.
 - B) Introduzir fórmula láctea.
 - C) Estimular o aleitamento materno.
 - D) Suspender o aleitamento materno.
03. Recém-nascido a termo de parto cesáreo, filho de mãe HIV+, apresenta boas condições de vitalidade e, após receber a primeira dose de zidovudina ainda na sala de parto, é encaminhado ao alojamento conjunto. A conduta adequada em relação a esse recém-nascido é:
- A) Manter aleitamento materno desde que a carga viral da mãe seja indetectável.
 - B) Iniciar a profilaxia com sulfametoxazol-trimetoprim a partir de seis semanas de vida.
 - C) Suspender a profilaxia com zidovudina após o 15º dia de vida do recém-nascido.
 - D) Suspender a profilaxia com zidovudina no 30º dia de vida do recém-nascido.
04. Lactente de dois meses, nascido de parto domiciliar e nunca vacinado, com quadro provável de imunodeficiência congênita, em boas condições clínicas, é levado ao posto de saúde para receber orientação quanto à vacinação. A conduta adequada é aplicar
- A) todas as vacinas indicadas para a idade.
 - B) todas as vacinas, exceto BCG.
 - C) somente vacinas de agentes inativados.
 - D) somente vacinas com agentes atenuados.
05. Lactente de nove meses apresenta eritema extenso na região das fraldas durante episódio de diarreia aguda. A causa mais provável da lesão é:
- A) Intolerância transitória à lactose.
 - B) Monilíase aguda.
 - C) Deficiência de zinco.
 - D) Alergia ao leite de vaca.

06. Lactente de um ano é levado a atendimento em unidade básica de saúde apresentando quadro de infecção de vias aéreas superiores. Durante o atendimento, a mãe informa que o lactente foi recentemente adotado por ela. Relata ainda estar apreensiva, pois desconhece quais as vacinas que o menino recebeu até aquela data, uma vez que não possui a caderneta de vacina da criança. No exame físico, observou-se a presença de cicatriz vacinal no braço direito. O médico decide, corretamente, atualizar a situação vacinal do menino. Todas as vacinas indicadas para o primeiro ano de vida serão aplicadas nesse momento, **exceto** a
- A) Vacina anti-varicela e anti-Hepatite A.
 - B) Anti-meningocócica e tríplice viral.
 - C) Tríplice viral e vacina anti-meningocócica.
 - D) BCG e vacina contra rotavírus.
07. O colostro humano é secreção líquida de cor amarelada,
- A) rico em proteína, carboidrato e gordura.
 - B) rico em proteína, com menos carboidrato e gorduras.
 - C) rico em proteína e carboidrato e com menos gordura.
 - D) rico em proteína e gordura com menos carboidrato.
08. A proteína do leite materno é constituída por
- A) 20% de lactoalbumina e 80% de caseína.
 - B) 60% de lactoalbumina e 40% de caseína.
 - C) 70% de lactoalbumina e 30% de caseína.
 - D) 80% de lactoalbumina e 20% de caseína.
09. Quanto à larva *migrans*, é correto afirmar:
- A) É adquirida através de ingestão acidental de ovos de *Ancylostoma* de cães e gatos.
 - B) O quadro clínico é sempre o de uma dermatite linear serpiginosa.
 - C) O tratamento de formas leves pode ser realizado por aplicações tópicas de Tiabendazol pomada.
 - D) É uma dermatozoonose não parasitária obrigatória exclusiva do homem.
10. Na infância, a distribuição das lesões de escabiose ocorre principalmente em
- A) couro cabeludo, axila, espaços interdigitais, calcanhares e raízes de coxas.
 - B) face, axilas, punhos, abdome, nádegas e espaços interdigitais.
 - C) axilas, punhos, espaços interdigitais, cotovelos, joelhos, abdome e pênis.
 - D) áreas expostas, como pernas e face lateral externa de antebraço.
11. Em relação às infecções bacterianas da pele, é correto afirmar:
- A) No impetigo bolhoso, *Staphylococcus aureus* é o principal agente etiológico.
 - B) O impetigo não bolhoso localiza-se, de preferência, nos membros inferiores.
 - C) O impetigo é uma infecção cutânea profunda, atingindo derme e epiderme.
 - D) No impetigo não bolhoso, as lesões são grandes pápulas eritematosas que coalescem formando grandes vesículas.

12. Em relação à ectima, é correto afirmar:
- A) A infecção não deixa cicatriz residual.
 - B) O agente etiológico mais frequente é o *Streptococcus agalactiae*.
 - C) A lesão inicial lembra o impetigo, constituindo-se de vesícula ou pústula sobre base eritematosa.
 - D) A infecção é mais frequente em clima frio.
13. O calendário vacinal da criança proposto pelo Ministério da Saúde de 2013 traz modificações quanto ao esquema vacinal contra poliomielite adotado até 2012. O esquema inclui a Vacina Inativada da Poliomielite (VIP) e a Vacina Oral da Poliomielite (VOP). A recomendação atual é:
- A) Primeira dose aos 2 meses com VIP, segunda dose aos 4 meses com VIP, terceira dose aos 6 meses e reforço com VIP, deixando a VOP apenas para as campanhas.
 - B) Primeira dose aos 2 meses com VIP, segunda dose aos 4 meses com VIP, terceira dose aos 6 meses com VIP e reforço aos 15 meses com VOP.
 - C) Primeira dose aos 2 meses com VIP, segunda dose aos 4 meses com VIP, terceira dose aos 6 meses com VOP e reforço aos 12 meses com VOP.
 - D) Primeira dose aos 2 meses com VIP, segunda dose aos 4 meses com VIP, terceira dose aos 6 meses com VOP e reforço aos 15 meses com VOP.
14. Para a vacinação contra o pneumococo, foi introduzida a vacina conjugada 10 valente pelo Programa Nacional de Imunização. Os sorotipos que foram acrescentados aos da vacina 7 valente são:
- A) 1, 5 e 7F.
 - B) 1, 3 e 7F.
 - C) 4, 6B e 9V.
 - D) 4,6B e 19F.
15. A Dengue é uma doença viral, de evolução dinâmica e, antes do aparecimento do quadro grave, como o choque, aparecem os sinais de alarme. Assim, para que haja sucesso no tratamento do paciente com dengue, é necessário o reconhecimento precoce desses sinais. São considerados sinais de alarme dessa doença:
- A) Dor retro-orbitária, cefaleia e hepatomegalia dolorosa.
 - B) Febre, exantema máculo-papular e sonolência.
 - C) Dor abdominal intensa, hipotensão postural e desconforto respiratório.
 - D) Mialgia, febre e dor abdominal intensa.
16. Na criança, o diagnóstico mais provável de doença exantemática que apresenta pródromos discretos, com febre baixa ou ausente, sinais respiratórios leves e, em seguida, um exantema máculo-papular rosado e mais claro é:
- A) Dengue
 - B) Rubéola
 - C) Exantema súbito
 - D) Sarampo

17. A história clínica de recém-nascidos permite detectar a presença de fatores epidemiológicos de risco, associados ao desenvolvimento de hiperbilirrubinemia significativa na primeira semana de vida. Um fator de risco para a hiperbilirrubinemia significativa na primeira semana de vida é
- A) bilirrubina total sérica abaixo do percentil 40 na alta hospitalar.
 - B) idade gestacional de 38 0/7 semanas a 40 semanas e 6/7 dias.
 - C) perda de peso > 7% em relação ao peso de nascimento na alta hospitalar.
 - D) surgimento de icterícia após 24 horas de vida.
18. Sepses neonatais precoces são aquelas que ocorrem nas primeiras 48 horas de vida e estão relacionadas diretamente a fatores gestacionais e/ou ao período periparto. Em relação à sepsis neonatal precoce, é correto afirmar:
- A) As manifestações clínicas da sepsis neonatal precoce são específicas.
 - B) Os germes mais frequentes são *Streptococcus agalactiae* e *Escherichia coli*.
 - C) Meninas apresentam 2 a 6 vezes mais chances de sepsis neonatal precoce que meninos.
 - D) Os exames laboratoriais apresentam alta sensibilidade e especificidade para o diagnóstico.
19. Em relação à varicela perinatal, é correto afirmar:
- A) A transmissão ocorre durante o parto, não havendo, portanto, quadros resultantes de transmissão transplacentárias.
 - B) O óbito ocorre secundariamente ao envolvimento do sistema imunológico com pancitopenia importante.
 - C) O exantema vesicular não é característico no período neonatal e pode não ocorrer o comprometimento cutâneo.
 - D) A mortalidade perinatal é maior quando a varicela materna ocorrer no período de cinco dias antes do parto até dois dias após o parto.
20. Recém-nascido a termo, com peso de nascimento de 3.110 gramas e exame físico normal, é filho de Katia que teve toxoplasmose na gestação, com sorologia IgG e IgM positivas no 4º mês da gestação. A gestante realizou punção de líquido amniótico para a pesquisa do Toxoplasma, cujo resultado foi negativo. Ela fez tratamento com espiramicina, regularmente, do 4º mês até o parto. O recém-nascido apresenta sorologia para toxoplasmose IgG positiva com títulos menores que os títulos maternos e IgM negativo. Também realizou fundo de olho normal, emissões otoacústicas normais, RX de crânio sem calcificações. A conduta adequada nesse momento é:
- A) Acompanhamento clínico e neurológico em ambulatorio, repetindo-se a sorologia da criança de forma seriada.
 - B) Iniciar o tratamento no recém-nascido com sulfadiazina, primetamina e ácido fólico, pois ele apresenta sorologia positiva, significando doença.
 - C) Alta hospitalar do recém-nascido, descartando-se a doença congênita, uma vez que a sorologia do recém-nascido é IgM negativa.
 - D) Iniciar tratamento do recém-nascido com espiramicina, mantendo o tratamento até as sorologias negativarem.

21. Considere as afirmações a seguir sobre as faringites na infância:

I	O <i>Streptococcus pyogenes</i> é o principal agente etiológico envolvido nas faringites em crianças abaixo de 3 anos.
II	Glomerulonefrite difusa aguda e febre reumática são as complicações não supurativas da faringite estreptocócica. Esta última ocorre em 2 a 3% dos indivíduos acometidos.
III	O achado de úlceras e vesículas em orofaringe sugere etiologia bacteriana.
IV	A incidência das faringotonsilites na faixa etária dos 3 aos 8 anos é de aproximadamente 5 episódios ao ano.

Das afirmações, estão corretas

- A) I e II.
- B) I e III.
- C) III e IV.
- D) II e IV.

22. Criança de 2 anos com história de rinorreia há 10 dias, inicialmente clara, evolui há dois dias com secreção nasal esverdeada, tosse produtiva, febre, halitose e vômitos. Foi levado ao pronto atendimento onde foi diagnosticada sinusite, sendo prescrito amoxicilina na dose de 45mg/kg/dia por 14 dias. 72hs após o início do antibiótico, os pais procuram novamente a unidade hospitalar relatando que o menor evoluiu sem melhora, apesar da terapêutica instituída. Sobre esse caso, é correto afirmar:

- A) Nas sinusites com provável etiologia bacteriana, recomenda-se iniciar o tratamento com amoxicilina associada ao ácido clavulânico ou cefalosporina de segunda geração.
- B) A dose de amoxicilina prescrita é considerada baixa como primeira escolha.
- C) O insucesso no tratamento pode ter como causa a resistência do pneumococo aos beta lactâmicos.
- D) Na faixa etária do paciente, a principal etiologia é viral, devendo-se aguardar a evolução e reavaliar a criança em 48 horas, a fim de diagnosticar possíveis complicações.

23. Leia as afirmações a seguir sobre constipação crônica funcional e doença de Hirschsprung.

I	Fezes endurecidas e calibrosas que entopem o vaso sanitário, associadas a comportamento de retenção e escape fecal frequente, são características da constipação crônica funcional.
II	A ausência de células ganglionares à biópsia retal é considerada o padrão ouro para o diagnóstico da doença de Hirschsprung.
III	A ampola retal vazia com explosão de gases e fezes à retirada do dedo examinador, em crianças que apresentam massa abdominal palpável (fecaloma), sugere constipação de causa funcional.
IV	Fezes em fita, retardo de eliminação de mecônio, déficit ponderal, distensão abdominal não são considerados sinais de alerta para doença de Hirschsprung.

Considerando o diagnóstico diferencial entre constipação crônica funcional e doença de Hirschsprung, estão corretas as afirmativas:

- A) III e IV.
- B) I e II.
- C) I e IV.
- D) II e IV.

24. A regra utilizada para calcular a quantidade mínima e máxima de fibra alimentar recomendada (em gramas/dia), para crianças saudáveis, a partir de 2 anos de idade, é, respectivamente,

- A) Idade + 5 e Idade + 10.
- B) Idade + 3 e Idade + 5.
- C) Idade + 5 e Idade + 8.
- D) Idade + 8 e Idade + 10.

25. A principal complicação da giardíase crônica é:
- A) Anemia ferropriva.
 - B) Dor abdominal persistente.
 - C) Diarréia crônica.
 - D) Desnutrição.
26. Criança de 03 anos, procedente da região do Seridó, deu entrada no ambulatório com ascite, hepatomegalia e dor abdominal. A mãe informa que a criança tem contato com animais domésticos e raramente toma banho de rio. Os exames apresentados mostraram os seguintes resultados: anemia, eosinofilia no sangue e líquido ascítico, hipergamaglobulinemia policlonal. A hipótese diagnóstica mais plausível para esse paciente é:
- A) Ancilostomíase.
 - B) Toxocaríase.
 - C) Tricocefalíase.
 - D) Esquistossomose forma hepato-esplênica.
27. Segundo as recomendações da Organização Mundial da Saúde adotadas pelo Ministério da Saúde do Brasil, no tratamento da diarréia aguda, a criança de 5 meses de idade, em "Plano B", com peso= 5kg, deverá submeter-se a
- A) fase rápida de expansão intravenosa, com ½ soro fisiológico a 0,9% e ½ soro glicosado a 5% (350 mL na primeira hora e 150 mL nas 5 horas restantes), seguida por manutenção da hidratação venosa com necessidades normais e reposição das perdas.
 - B) fase rápida de expansão intravenosa, com ringer lactato ou soro fisiológico a 0,9% (150 mL na primeira hora e 350 mL nas 5 horas restantes), seguida por manutenção da hidratação venosa com necessidades normais e reposição das perdas.
 - C) terapia de reidratação oral no serviço de saúde (500 a 1000 mL de sais de reidratação oral), no período de 8 a 12 horas, recomendações posteriores para os cuidados domiciliares e acompanhamento ambulatorial.
 - D) terapia de reidratação oral no serviço de saúde (250 a 500 mL de sais de reidratação oral), no período de 4 a 6 horas, recomendações posteriores para os cuidados domiciliares e acompanhamento ambulatorial.
28. Em relação ao tratamento e prevenção da anemia ferropriva na infância, é correto afirmar:
- A) A dose de ferro elementar recomendada para o tratamento é de 03 a 05 mg/kg/dia, durante 03 meses consecutivos.
 - B) Crianças em uso de leite materno exclusivo devem receber suplementação profilática de ferro a partir dos 04 meses de idade.
 - C) O ferro heme contido principalmente nos alimentos de origem vegetal tem baixa biodisponibilidade e, portanto, baixa absorção.
 - D) Ácido ascórbico, frutose, vitamina A e carotenóides são considerados fatores inibidores da absorção do ferro.
29. Gestante GIII P II AO, realizou três consultas de pré-natal. Relata ser diabética, sem seguimento médico da patologia. Evoluiu para parto pré-termo (Idade Gestacional = 35 semanas). No exame físico do recém-nascido dessa gestante, após as primeiras 24 horas de vida, foi constatado um precórdio hiperdinâmico, frequência cardíaca de 180 bpm, bulhas normofonéticas, sopro sistólico em borda esternal esquerda alta, e pulsos cheios e amplos nos quatro membros. O provável diagnóstico desse recém-nascido é:
- A) Comunicação Interventricular.
 - B) Persistência do Canal Arterial.
 - C) Fístula Artério Venosa.
 - D) Estenose Pulmonar.

34. Mãe, procedente do bairro dos Guarapés na zona norte de Natal, procura o hospital de pediatria da UFRN, pois sua filha, de 2 meses e 20 dias de vida, apresenta icterícia desde o 10º dia de vida. A criança nasceu de parto natural na maternidade de Felipe Camarão, pesando 2800g, APGAR 8/9 e sem intercorrências perinatais. Ao examinar a criança, o R1 de pediatria percebeu que ela estava hipoativa, porém irritada, com choro rouco e fraco. Apresentava sinais de hipotonia cervical importante e peso abaixo do esperado no gráfico. Uma hérnia umbilical chamava a atenção no abdome, mas a palpação era normal. A mãe disse que a criança nunca sorriu e que não conseguia sugar bem o seio. O residente formulou algumas hipóteses sobre o diagnóstico nosológico e a origem do problema. A hipótese menos provável para esse caso é:
- A) Hipotireoidismo congênito por hipoplasia hipofisária.
 B) Hipotireoidismo congênito por hipoplasia tireoidiana.
 C) Hipotireoidismo congênito por ectopia tireoidiana.
 D) Hipotireoidismo congênito por defeitos na síntese hormonal.
35. ALG, 6 anos e 3 meses, sexo feminino, natural e procedente de Galinhos (RN), chega ao consultório de pediatria com história de telarca há 1 ano e menarca há 15 dias. Nega pubarca e odor ou pêlos axilares. A mãe relata que, concomitantemente, a criança apresenta ~~refere~~ obstipação intestinal e sonolência. Ao exame físico, apresentou: P 28,5Kg , (Percentil 94% e ZE 1,59) E 101cm (Percentil 0% e ZE -3,26), IMC 27,94 (Percentil >97%), Tanner M4P1 PA 95 x60 mmhg (P < 90), pele seca e descamativa, tireóide palpável com dimensões reduzidas e consistência aumentada. Um exame complementar trazido pela mãe indicava uma idade óssea atual de 3 anos e 6 meses. A partir desses dados, a principal hipótese diagnóstica e os exames complementares que a confirmariam são, respectivamente,
- A) Puberdade Precoce Central; FSH, LH , Estradiol e Ultrassonografia pélvica.
 B) Deficiência do Hormônio de Crescimento; Teste de estímulo para o GH com clonidina.
 C) Hipotireoidismo adquirido; TSH e T4L.
 D) Síndrome de Cushing; cortisol.
36. JMF, sexo masculino, 14 anos , natural e procedente de Nova Parnamirim, procura o pediatra com queixa de sempre ser pequeno em relação aos meninos de sua idade, apresentando piora há 2 anos. Nasceu de parto normal, a termo, com peso de nascimento de 3,6 Kg e 50 cm, e Ápgar de 9 e 9. Quanto aos antecedentes pessoais, nega patologias relevantes, traumas e cirurgias. Mãe hígida com 36 anos e 1,53 m de altura, tendo menarca aos 16 anos. Pai com 37 anos, obeso e 1,73m de altura. Ao exame físico, apresentou: P 40 Kg (Percentil 8% e ZE -1,4); E 1,45 m (Percentil 1% e ZE – 2,28); IMC 19,04 (Percentil 50%); Tanner G1P1, tireóide palpável sem alterações. Traz uma idade óssea de 12 anos e 6 meses. Com base nesses dados, a hipótese diagnóstica mais provável é:
- A) Hipotireoidismo.
 B) Baixa estatura por deficiência do hormônio de crescimento.
 C) Baixa estatura familiar.
 D) Atraso constitucional do crescimento e desenvolvimento.
37. Considere as afirmativas a seguir sobre Infecção do trato urinário (ITU) em crianças.

I	Em recém nascidos e lactentes jovens, o diagnóstico de pielonefrite aguda é mais difícil, devido à clínica mais inespecífica nessa faixa etária.
II	A bacteriúria assintomática deve ser tratada com antibióticos para evitar a progressão do dano renal e a piora dos sintomas.
III	A grande maioria das bactérias que invadem o trato urinário é de cocos Gram positivos da flora periuretral.
IV	Na maioria das crianças com infecção urinária febril, sem anormalidades anatômicas do trato urinário, o prognóstico em longo prazo, é bom, não apresentando sequelas.

Estão corretas as afirmativas

- A) I e III. B) II e IV. C) I e IV. D) II e III.

- 38.** Recém-nascido de 15 dias de vida, sexo masculino, é internado com febre aferida (T° axilar maior que $38,5^{\circ}\text{C}$) há cerca de 48 horas, associada à dificuldade de sucção. Nasceu de parto normal, a termo, sem intercorrência perinatal, pesando 3 Kg. À admissão, pesava 2,7 Kg, estava febril, sem foco aparente ao exame físico. Hemograma inicial com Score hematológico de 3, EAS com 20 leucócitos/campo e 8 hemácias/campo. Radiografia de tórax sem anormalidades. Considerando a possibilidade de ITU nesse recém nascido, a melhor opção terapêutica empírica inicial, até sair o resultado da urocultura com antibiograma, seria o uso de
- A)** ampicilina e aminoglicosídeo.
 - B)** amicacina.
 - C)** cefalotina e sulfametoxazol.
 - D)** ciprofloxacino.
- 39.** Em relação à infecção urinária na infância, é correto afirmar:
- A)** A urocultura deve ser colhida preferencialmente por saco coletor em lactente com fimose ou sinéquia de pequenos lábios.
 - B)** O teste do nitrito realizado na urina para a investigação de infecção do trato urinário tem alta especificidade e baixa sensibilidade.
 - C)** Menina de 3 anos de idade, com passado de infecção do trato urinário e com ultrassonografia do trato urinário mostrando hidronefrose bilateral associada à bexiga de paredes espessadas, pode ter, como hipótese diagnóstica, válvula de uretra posterior.
 - D)** Lactente febril de três meses de idade com infecção do trato urinário deve ser tratado com nitrofurantoina.
- 40.** Pré-escolar de 4 anos é levado pela mãe ao pediatra por apresentar quadro de edema iniciado há cerca de 14 dias quando estava com sintomas de resfriado comum. Ele se encontrava com edema em face, abdome e membros inferiores; cacifo positivo (3+/4+); pressão arterial normal, sem alterações à ausculta cardíaca, e pulmonar; abdome ascítico, sem visceromegalias palpáveis e presença de secreção hialina nasal. A mãe refere que a criança já havia apresentado um quadro semelhante há cerca de 2 meses, quando esteve gripado. O pediatra resolve internar a criança para investigação. Com base no caso relatado, o diagnóstico provável e os exames para sua confirmação são, respectivamente,
- A)** Síndrome nefrótica: proteinúria de 24 horas e proteínas totais e frações.
 - B)** Síndrome nefrítica: ASLO e C3 sérico.
 - C)** Síndrome nefrótica: C3 sérico e proteinúria de 24 horas.
 - D)** Síndrome nefrítica: C3 sérico e proteínas totais e frações.
- 41.** Um menino de 7 anos é internado com quadro confirmado de glomerulonefrite difusa aguda pós estreptocócica. Ele se encontra em bom estado geral, com pressão arterial acima do percentil 95, sem cefaleia ou vômitos, 2 Kg acima do seu peso seco, frequência cardíaca de 120 bpm e afebril. Seu peso na admissão é 27 Kg. Nesse momento, a conduta a ser adotada é:
- A)** dieta hipossódica, restrição hídrica de 1000 mL/dia, penicilina procaína 400.000 UI, hidroclorotiazida e nifedipina.
 - B)** dieta hipossódica, restrição hídrica de 540 mL + perdas insensíveis, penicilina benzatina 600.000 UI e furosemida.
 - C)** dieta assódica, restrição hídrica de 500 mL + diurese do dia anterior, penicilina benzatina 1.200.000 UI e furosemida.
 - D)** dieta assódica, sem restrição hídrica, penicilina G cristalina 100.000 UI/Kg/dia, nifedipina e captopril.

42. Um lactente do sexo feminino de 8 meses de vida estava aparentemente bem quando, subitamente, perdeu os sentidos e passou a ter abalos tipo clônicos generalizados com duração de, aproximadamente, um minuto. Ao tocar na criança, a mãe percebeu que ela estava quente e, ao medir a temperatura, constatou que a febre estava muito alta ($38^{\circ},9$). Ao término da crise, a criança voltou ao seu normal. O exame físico geral mostrou coriza nasal. O exame neurológico e do desenvolvimento neuropsicomotor foram normais. O pai apresentou episódio semelhante aos 10 meses de vida. O diagnóstico mais provável nesse caso é:

- A) Convulsão febril.
- B) Início de meningite bacteriana aguda.
- C) Epilepsia convulsiva desencadeada por febre.
- D) Encefalite viral.

43. Uma criança de 3 anos de idade vinha fazendo tratamento para epilepsia com fenobarbital na dose de 5mg/kg/dia. A mãe levou-a ao pediatra, pois não estava respondendo bem ao tratamento. O médico suspendeu imediatamente o fenobarbital e introduziu a carbamazepina na dose de 10mg/kg/dia. Após 48 horas, a criança entrou em estado de mal epilético tipo clônico generalizado. Então, os pais a levaram a um pronto socorro e, ao chegarem, já fazia 30 minutos do quadro. Em relação a esse caso, leia as seguintes afirmações:

I	O estado de mal foi decorrente da suspensão súbita do fenobarbital.
II	A melhor conduta é apenas fazer o Diazepam endovenoso.
III	A melhor conduta é verificar imediatamente se há hipersecreção brônquica, instalar uma venóclise, colher sangue para bioquímica, e, a seguir, fazer uma infusão venosa lenta de Diazepam ou Fenobarbital.
IV	Fazer imediatamente infusão lenta de Fenobarbital na dose de 5mg/kg/dose

Os procedimentos corretos para esse caso estão presentes em

- A) III e IV.
- B) II e III.
- C) I e III.
- D) I e IV.

44. É causa de paralisia cerebral:

- A) Síndrome de Werdnig-Hoffman.
- B) Síndrome de Guillain-Barré.
- C) Síndrome de Rett.
- D) Síndrome da anóxia neonatal.

45. Podem ser usados no tratamento da espasticidade da paralisia cerebral:

- A) Fenol e fenilalanina
- B) Toxina botulínica e baclofeno
- C) Diazepam e Topiramato
- D) Fisioterapia e imunoglobulina

46. São características da paralisia cerebral:

- A) evolução progressiva, hipotonia, hiporreflexia, sinal de Babinski positivo.
- B) evolução progressiva, espasticidade, hiperreflexia, sinal de Babinski negativo.
- C) quadro não evolutivo, hipotonia, Hiporreflexia, sinal de Babinski negativo.
- D) quadro não evolutivo, espasticidade, Hiperreflexia, sinal de Babinski positivo.

47. Adolescente feminina, 13 anos, apresenta, há 15 dias, movimentos involuntários de MMSS, que melhoravam com o sono, além de incoordenação motora e labilidade emocional. A mãe relata episódio semelhante aos 9 anos, que teve duração auto-limitada e não necessitou de tratamento. Refere ainda artralgia de punhos, joelhos e tornozelos. Nega febre e lesões de pele. A adolescente tem FAN 1:80, pontilhado fino; hemograma e provas de fase aguda normais; ASLO, Fator reumatóide e Anti-DNA negativos. Diante desse quadro clínico, o diagnóstico provável é:
- A) Febre Reumática.
 - B) Lúpus Eritematoso Sistêmico.
 - C) Epilepsia.
 - D) Artrite Idiopática Juvenil.
48. Menino de 8 anos, com história de febre há 7 dias, associada à exantema fugaz em membros, é levado pela mãe ao PS para avaliação médica. Os achados significativos ao exame físico foram: artrite em tornozelo D e joelho E, sopro sistólico à ausculta cardíaca e ausência de lesões em pele. No hemograma realizado, constatou-se anemia, leucograma normal e plaquetose, VHS e PCR aumentados, ASLO, FAN e Fator Reumatóide negativos. No Ecocardiograma, evidenciou-se valva mitral com folhetos espessados, diminuição de mobilidade do folheto posterior e regurgitação mitral grave, além de aumento de câmaras esquerdas. O tratamento mais indicado nesse momento é:
- A) AINE, prednisona, metotrexate.
 - B) AINE, prednisona e penicilina G benzatina.
 - C) prednisona, anticoagulante oral e penicilina G benzatina.
 - D) prednisona, anticoagulante oral, oxacilina e gentamicina.
49. Criança de 2 anos e 4 meses, do sexo masculino, é levado pela mãe a um Hospital de Urgência com história de, há 8 horas, apresentar quadro de febre (39,5 °C) e recusa a deambular. A acompanhante relata episódio de queda de mesmo nível há 2 dias. Ao exame, observa-se uma importante limitação dolorosa dos movimentos da coxofemural direita. O exame subsidiário mais importante para o início da elucidação do diagnóstico é:
- A) Proteína C reativa.
 - B) Hemograma com VHS.
 - C) US de quadril D.
 - D) Rx panorâmico de bacia.
50. Um menino de 9 anos, 28 kg de peso, apresenta quadro de poliartrite migratória acometendo grandes articulações, febre e sopro sistólico em ponta. Um Ecocardiograma com doppler evidencia uma válvula mitral com cúspide espessada e uma insuficiência mitral leve. Foi feita a hipótese diagnóstica de Febre Reumática. O esquema de profilaxia secundária a ser indicado é:
- A) penicilina benzatina 600000 UI a cada 21 dias até pelo menos 25 anos de idade.
 - B) penicilina benzatina 1200000 UI a cada 21 dias até pelo menos 25 anos de idade.
 - C) penicilina benzatina 1200000 UI a cada 21 dias até 21 anos de idade.
 - D) penicilina benzatina 600000 UI a cada 21 dias até 21 anos de idade.