



# UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ

## PROCESSO SELETIVO UNIFICADO PARA RESIDÊNCIA MÉDICA 2023

### Grupo E Pré-Requisito: Pediatria

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

NOME COMPLETO


## BOLETIM DE QUESTÕES

Nº DE INSCRIÇÃO

--	--	--	--	--	--	--	--

### LEIA, COM ATENÇÃO, AS SEGUINTES INSTRUÇÕES

1. Este boletim de questões é constituído de:

- 50 questões objetivas.

2. Confira se, além desse boletim de questões, você recebeu o cartão-resposta destinado à marcação das respostas das 50 questões objetivas.

3. No **CARTÃO-RESPOSTA**

a) Confira seu nome e número de inscrição e especialidade que você se inscreveu na parte superior do **CARTÃO-RESPOSTA** que você recebeu.

b) No caso de não coincidir seu nome e número de inscrição, devolva-o ao fiscal e peça-lhe o seu. Se o seu cartão não for encontrado, solicite um cartão virgem, o que não prejudicará a correção de sua prova.

c) Verifique se o Boletim de Questões, está legível e com o número de páginas correto. Em caso de divergência, comunique ao fiscal de sua sala para que este providencie a troca do Boletim de Questões. **Confira**, também, na **Capa do Boletim de Questões** e no rodapé das páginas internas, o nome do pré-requisito para a especialidade pleiteada.

d) Após a conferência, assine seu nome no espaço correspondente do **CARTÃO-RESPOSTA**, do mesmo modo como foi assinado no seu documento de identidade, utilizando caneta esferográfica de tinta preta ou azul.

e) Para cada uma das questões existem 5 (cinco) alternativas, classificadas com as letras **a, b, c, d, e**. Só uma responde corretamente ao quesito proposto. Você deve marcar no Cartão-Resposta apenas uma letra. **Marcando mais de uma, você anulará a questão**, mesmo que uma das marcadas corresponda à alternativa correta.

f) O **CARTÃO-RESPOSTA não pode** ser dobrado, nem amassado, nem rasgado.

#### LEMBRE-SE

4. A duração desta prova é de **4 (quatro) horas**, iniciando às **14 (quatorze) horas** e terminando às **18 (dezoito) horas**.

5. É terminantemente proibida a comunicação entre candidatos.

#### ATENÇÃO

6. Quando for marcar o Cartão-Resposta, proceda da seguinte maneira:

a) Faça uma revisão das alternativas marcadas no Boletim de Questões.

b) Assinale, inicialmente, no Boletim de Questões, a alternativa que julgar correta, para depois marcá-la no Cartão-Resposta definitivamente.

c) Marque o Cartão-Resposta, usando caneta esferográfica com tinta azul ou preta, preenchendo completamente o círculo correspondente à alternativa escolhida para cada questão.

d) Ao marcar a alternativa do Cartão-Resposta, faça-o com cuidado, evitando rasgá-lo ou furá-lo, tendo atenção para não ultrapassar os limites do círculo.

Marque certo o seu cartão como indicado:  
**CERTO ●**

e) Além de sua resposta e assinatura, nos locais indicados, não marque nem escreva mais nada no Cartão-Resposta.

f) **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.**

7. Leia estas instruções antes de entregar a prova.

8. Assine na lista de presença, na linha correspondente, o seu nome, do mesmo modo como foi assinado no seu documento de identidade.

**BOA PROVA**

1. Sobre o teste do coraçãozinho para diagnóstico de cardiopatia congênita, é correto afirmar que:
- As medidas de oximetria devem ser realizadas em dois sítios: na mão direita (medida pré-ductal) e em um dos membros inferiores (medida pós-ductal).
  - SpO<sub>2</sub> maior ou igual a 95% e a diferença entre as medidas no membro superior direito e o membro inferior deve ser menor ou igual a 3%. Nessa situação, a probabilidade de cardiopatia congênita crítica é nula e o RN deve seguir os cuidados habituais da maternidade.
  - SpO<sub>2</sub> menor ou igual a 89% no membro superior direito ou no membro inferior. Nessa situação, o RN deverá ser reavaliado de forma minuciosa pelo médico pediatra/neonatologista e a avaliação cardiológica e ecocardiográfica deverá também ser realizada para confirmação diagnóstica. É importante ressaltar que este RN não deveria receber alta hospitalar antes que seja realizada esta avaliação cardiológica.
  - SpO<sub>2</sub> entre 90% e 94% ou uma diferença entre as medidas do membro superior direito e o membro inferior maior ou igual a 4%. Nesta situação, o teste deve ser realizado novamente após uma hora por até duas vezes. Caso as medidas de oximetria se mantenham nestes valores mesmo após a terceira avaliação, o teste será considerado positivo e o RN deverá ser submetido à avaliação cardiológica/ecocardiográfica. A realização do reteste nesta situação mostrou-se importante por reduzir consideravelmente o número de falsos positivos com o teste.

A alternativa que contém todas as afirmativas corretas é:

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

2. Quanto ao aleitamento materno, é correto afirmar que:

- em infecções graves e invasivas, tais como meningite, osteomielite, artrite séptica, septicemia ou bacteremia causadas por alguns organismos como Brucella, Streptococcus do Grupo B, Staphylococcus aureus, Haemophilus influenza tipo B, Streptococcus pneumoniae ou Neisseria meningitidis, a interrupção temporária da amamentação se faz necessária por um período variável de 24 a 96 horas após o início da terapia antimicrobiana.
- mastite e abscesso mamário são consideradas infecções invasivas e contraindicam a amamentação.
- o M. leprae pode ser isolado no leite de mulheres com a forma virchowiana não tratada ou com tratamento com sulfona por menos de 3 meses, sendo sempre contraindicado o aleitamento de mães portadoras de hanseníase.
- a doença de chagas não contra indica o aleitamento materno, independente da fase de doença.
- em mães soropositivas para HIV, a amamentação cruzada pode ser uma alternativa.

Leia o texto abaixo para responder à questão 3

Lactente de 6 meses de idade, chega a urgência pediátrica com relato de palidez, letargia e extremidades frias. Mãe refere tosse produtiva há 3 dias, acompanhada de febre. Refere ser o primeiro episódio com quadro clínico assim. Ao exame:  
 Letárgico, pálido, extremidades frias.  
 OF: ndn  
 Ap: mv+, sibilos difusos a expiração; SO<sub>2</sub>: 90% em ar ambiente  
 FR: 65 ipm, com batimento de asa de nariz e tiragem intercostal  
 Ac: bcnf, rcr 2t, ss  
 FC: 148 bpm  
 PA: 90x40 mmhg PCP: 2 segundos

3. Ante o quadro clínico descrito, o provável diagnóstico é:
- crupe
  - pneumonia
  - asma
  - bronquiolite
  - alteração do controle da respiração

4. Quanto a ingestão de corpo estranho na urgência pediátrica, é correto afirmar que:

- I. Os principais corpos estranhos ingeridos, segundo várias publicações, são as moedas, seguido por baterias, objetos perfurocortantes e ímãs.
- II. Esofagites cáusticas, estenoses e perfurações esofágicas, mediastinites, fístulas traque esofágicas, fístulas para grandes vasos e óbito são algumas das complicações se as baterias ingeridas não forem removidas em até seis horas após sua ingestão.
- III. Os objetos pontiagudos são responsáveis por 10%-13% dos casos de ingestão de corpos estranhos e incluem palitos, ossos, vidros, alfinetes, agulhas etc. Sua importância está no alto risco de complicação por perfuração, migração extra luminal, abscesso, peritonite, formação de fístula, apendicite, penetração em órgãos como fígado, vesícula, coração e pulmões, hérnia umbilical encarcerada, ruptura de artéria carótida, fístula aorta esofágica e morte.
- IV. Em crianças menores ou caso a ingestão não tenha sido presenciada, alguns sinais e sintomas podem sugerir o diagnóstico, como por exemplo uma criança que estava bem e subitamente passou a apresentar disfagia, odinofagia, sialorreia, recusa alimentar, vômitos, saliva com sangue, hematêmese, dor retroesternal, torácica ou abdominal.
- V. Radiografias simples cervicais, torácicas e abdominais em AP e perfil permitem visualização de CE radiopacos em todo o trato digestório e podem demonstrar sinais de perfuração ou mediastinite, sendo de extrema importância para se diferenciar ingestão de moedas ou de bateria.

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

5. Sobre a trombose na população pediátrica, analise as afirmativas abaixo.

- I. Tromboses arteriais são ainda mais raras na população pediátrica e na sua grande maioria relacionadas à cateterização.
- II. O pico de risco ocorre em menores de 1 ano de idade e durante a adolescência.
- III. Neonatos possuem um sistema hemostático ainda em desenvolvimento e são por isso, menos propensos a eventos trombóticos, não havendo risco em sua cateterização.
- IV. Trombose de veia renal é a trombose venosa não relacionada a cateter mais comum no primeiro mês de vida, apresentando-se com hematúria, proteinúria, trombocitopenia e perda de função do rim envolvido.
- V. A trombose de veia porta está associada à cateterização umbilical e pode levar a distensão abdominal, trombocitopenia e aumento de transaminases. A resolução espontânea ocorre em mais de 50% dos casos

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

6. Quanto às recomendações para aleitamento materno e infecções maternas virais, o Ministério da Saúde (MS) recomenda que:

- a) o leite de Mães portadoras de citomegalovirose deve sempre ser descartado.
- b) É importante destacar que OMS do Brasil contraindica a amamentação em mulheres HIV positivas, bem como mães portadoras do HTLV-1 ou HTLV-2.
- c) Em caso de mães infectadas pelo herpes vírus 1 e 2, o aleitamento deve sempre ser contra-indicado.
- d) Febre amarela e Zika Vírus são contraindicações formais para o aleitamento materno.
- e) A OMS, o CDC e o Royal College of Obstetricians and Gynaecologists são unânimes em orientar que mulheres com suspeita ou diagnóstico de COVID-19 não devam ser aconselhadas a iniciar e manter a amamentação.

Leia o comando abaixo para responder a questão 7 e 8:

Pré-escolar com 4 anos de idade, apresentou tosse rouca, seguida de dor abdominal, vômito e rush cutâneo, após a ingestão de bolo de chocolate. Mãe nega quadro semelhante prévio. Relata ainda um episódio de síncope durante deslocamento para a urgência pediátrica.

Ao exame: agitado, pletórico, desconforto respiratório leve/moderado, tosse rouca em acesso.

Of: hiperemia lábios

Ap: mv rude, sibilos esparsos; SO<sub>2</sub>: 94%, FR: 20 ipm

Ac: bcnf rcr 2t

FC: 148 bpm; PA: 75x40 mmHg; pcp : 1 seg; pulsos amplos

Abd: difusamente dolor ; DB negativo

SNC: ECG 15; agitado;

7. Diante do quadro clínico exposto, o que não deve fazer parte do seu diagnóstico diferencial é:

- a mastocitose sistêmica
- b reflexo vasovagal
- c feocromocitoma
- d pneumonia
- e anafilaxia

8. A primeira opção de tratamento medicamentoso para o quadro clínico descrito acima, é:

- a Antibiótico EV
- b Dexametasona EV
- c Cristaloides
- d Anti-histamínico
- e Epinefrina IM

9. De acordo com a Sistematização do atendimento ao recém-nascido com suspeita ou diagnóstico de cardiopatia congênita, proposto pela Sociedade Brasileira de Pediatria, são consideradas cardiopatias congênitas críticas, **EXCETO**:

- a Síndrome de hipoplasia do coração direito.
- b Tetralogia de Fallot com atresia pulmonar ou com estenose pulmonar crítica.
- c persistência de canal arterial isolada.
- d ventrículo único com atresia pulmonar ou estenose pulmonar crítica (ex.: atresia tricúspide).
- e Síndrome de hipoplasia do coração esquerdo.

10. Sobre os hemangiomas na população pediátrica, é correto afirmar que:

- I. Hemangiomas infantis (ou da infância, HI) são os segundos tumores vasculares benignos mais comuns na faixa etária pediátrica.
- II. Os HI são mais comuns em meninas, gemelares, bebês nascidos prematuros ou com baixo peso ao nascer (até 30% dos bebês nascidos com peso).
- III. Nos hemangiomas congênitos a fase de crescimento ocorre intraútero e a criança já nasce com a lesão totalmente desenvolvida. O seu comportamento é distinto do Hemangioma infantil, não respondendo ao uso do propranolol.
- IV. A complicação mais frequente do HI é a ulceração que ocorre em 15 a 25% dos hemangiomas. Fatores de risco para ulceração incluem: hemangiomas grandes, segmentares com componente superficial, periorificiais e localizados em áreas intertriginosas.
- V. São indicações formais para tratamento do hemangioma na infância: HI de "área de barba",  $\geq 5$  HIs cutâneos pelo risco de acometimento sistêmico, HI periocular ( $> 1$  cm) ou HI envolvendo lábio ou cavidade oral em virtude do seu comprometimento funcional.

A alternativa que contém todas as afirmativas corretas é:

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

11. Sobre os cuidados com o recém-nascido prematuro, analise as afirmativas abaixo.

- I. O óleo de coco pode ser uma estratégia eficaz no cuidado da pele de prematuros nos países em desenvolvimento.
- II. Nos países desenvolvidos, estudos indicam que a pomada tópica de petrolato aumenta o risco de candidemia e infecção por Staphylococcus coagulase-negativa nos prematuros, talvez por criar um meio semelhante aos curativos oclusivos.
- III. Em relação ao banho, observa-se que o de banheira causa menos variabilidade da temperatura corporal do que o banho de esponja.
- IV. O banho deve ser realizado uma vez a cada quatro dias, pois essa periodicidade não aumenta a colonização bacteriana da pele.
- V. Em relação à icterícia neonatal, o banho de sol é indicado como medida terapêutica.

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

- 12.** Na dengue grave pediátrica, é correto afirmar que:
- a** a dengue grave caracteriza-se pela presença de extravasamento de plasma, levando ao choque ou acúmulo de líquidos com consequente desconforto respiratório, sangramento grave ou sinais de disfunção orgânica comprometendo o Sistema Nervoso Central (SNC), coração, pulmões, rins e o fígado.
  - b** o extravasamento plasmático provoca também hipoalbuminemia e aumento do hematócrito, cuja magnitude não tem relação com a gravidade do quadro.
  - c** em crianças, as formas graves geralmente surgem por volta do 5º dia da doença, acompanhadas ou não da defervescência.
  - d** casos de hemorragias graves, como por exemplo, no aparelho digestivo, também caracterizam as formas de dengue grave. Estes casos sempre se associam necessariamente à presença de plaquetopenia.
  - e** pelo tempo e forma de evolução, a meningococemia não entra no diagnóstico diferencial da dengue grave.
- 13.** Sabe-se que a ingestão de corpo estranho continua sendo importante indicação de atendimento em prontos atendimentos de Pediatria e de preocupação para familiares e pediatras devido à significativa morbidade e eventual mortalidade que provoca. Sobre esse caso é correto afirmar que:
- a** as radiografias simples da região cervical, torácica e abdominal não são úteis em ingestão de corpo estranho e devem ser desencorajadas.
  - b** Endoscopia digestiva alta deve ser realizada em até 2 horas em caso de ingestão de baterias.
  - c** pacientes assintomáticos que ingerirem objetos rombos que sejam menores que 2,5 cm de diâmetro ou que tenham 6 cm de comprimento, que não eliminam substâncias tóxicas, em pacientes sem estenoses ou cirurgias prévias do trato digestório, a conduta é sempre realizar endoscopia digestiva alta pelo risco de lesões graves do trato digestivo.
  - d** em caso de ingestão de moedas, independente de sua localização ou sintomatologia, há indicação de retirada por via endoscópica, em até 24 horas.
  - e** em caso da ingestão de dois ou mais ímãs, o paciente deve ser internado para conduta expectante, independente da localização do mesmo.
- 14.** São sinais de alerta na investigação da doença do refluxo gastroesofágico, **EXCETO**:
- a** início das regurgitações ou vômitos após 6 meses ou persistência/ piora após 12 meses.
  - b** hematêmese.
  - c** abaulamento de fontanela.
  - d** disúria.
  - e** déficit de crescimento ausente.
- 15.** Sobre disquesia, é correto afirmar que:
- a** é conceituada por duas ou mais regurgitações por dia durante três ou mais semanas associada a ausência de náuseas, hematêmese, aspiração, apneia, déficit de crescimento ("failure to thrive"), dificuldades na alimentação ou dificuldade para a deglutição, postura anormal.
  - b** é necessária idade inferior a 5 meses no início e término dos sintomas além de períodos prolongados e recorrentes de choro, desconforto ou irritabilidade, sem uma causa evidente, associado a ganho de peso normal e ausência de febre ou outras doenças.
  - c** é considerado nos casos de pelo menos dois dos seguintes sintomas por pelo menos um mês: 1. Duas ou menos evacuações por semana 2. Histórico de comportamento de retenção 3. Evacuações com dor ou dificuldade 4. Presença de grande quantidade de fezes no reto 5. Eliminação de fezes muito grossas.
  - d** é a incoordenação entre a contração da musculatura abdominal e o relaxamento do assoalho pélvico antes da ocorrência da evacuação, sendo necessário pelo menos 10 minutos de esforço ou choro antes da eliminação com ou sem sucesso de fezes, na ausência de outros problemas de saúde.
  - e** são contrações repetitivas dos músculos abdominais, diafragma e língua associado a regurgitação sem esforço do conteúdo gástrico, que é expulso da boca ou mastigado e engolido novamente.

16. Sobre a trombofilia na população pediátrica, analise as afirmativas abaixo.

- I. Tromboses arteriais são ainda mais raras na população pediátrica e na sua grande maioria relacionadas a cateterização, sendo que o pico de risco ocorre em menores de 1 ano de idade e durante a adolescência.
- II. Trombofilias são responsáveis por tendência a tromboembolismo venoso em 5-10% da população em geral e em 40% dos que tiveram um episódio trombótico.
- III. A história familiar não é importante na investigação de trombose em crianças.
- IV. É recomendado sempre testar trombofilia hereditária em pacientes com tromboses relacionadas a cateteres, doenças cardíacas congênitas, síndrome nefrótica.
- V. Heparina não fracionada possui a menor meia vida e possui antídoto específico, por isso é indicada em situações de maior risco de sangramento ou na necessidade de procedimento cirúrgico, já que seu efeito pode ser rapidamente revertido.

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) I, II e V
- e) I, II, IV e V

17. São apresentações clínicas de deficiência de G6PD, **EXCETO**:

- a) Icterícia Neonatal (INN): icterícia precoce, antes de 24hs; pode se prolongar e evoluir para anemia grave e estar associada ao uso da Vitamina K.
- b) Anemia Hemolítica Aguda (AHA): ocorre a partir de contato com substâncias oxirredutoras (medicamentos, corantes e outros), ingestão de fava e infecções, que devem ser identificadas a fim de orientações específicas. As infecções principais: estafilococos, estreptococos, brucelose, riquetsiose; viroses respiratórias, dengue, citomegalovírus, associados às hepatites (A, B e E).
- c) Anemia Hemolítica não Esferocítica Crônica (CNSHA): rara, estimada em inferior a 10 casos por milhão de habitantes. As manifestações clínicas são similares à Esferocitose Hereditária (EH), incluindo anemia hemolítica crônica variável, icterícia, cálculos biliares. É comum o antecedente de icterícia neonatal grave; o contato com substâncias oxirredutoras desencadeia hemólise aguda também, como nas demais apresentações clínicas.
- d) Hemólise, associada a manifestações em outros sistemas, mesmo mais leves, com ocorrência de leucopenias e neutropenias, com infecções de gravidade variável.
- e) Hiperbilirrubinemia indireta, antes de 24 horas de vida, associada a irritabilidade e convulsão.

Leia o caso clínico abaixo para responder a questão 18.

Lactente de 6 meses de idade, chega a urgência pediátrica com relato de palidez súbita, letargia e extremidades frias. Ao exame:

Letárgico, pálido, extremidades frias;  
 OF: ndn  
 Ap: mv+, sra SO<sub>2</sub>: 90% em ar ambiente  
 FR: 25 ipm, sem desconforto respiratório  
 Ac: bcnf, rápidas  
 FC: 215 bpm  
 PA: 70x40 mmHg  
 Pulsos rápidos e finos /pcp: 4 segundos  
 Abd : sem vmg



18. O ritmo evidenciado no ECG acima e a melhor conduta, neste caso, é:

- a) taquicardia supraventricular, adenosina.
- b) taquicardia ventricular, adenosina.
- c) fibrilação atrial, cardioversão elétrica.
- d) fibrilação ventricular, desfibrilação elétrica.
- e) bloqueio atrioventricular total, implante de marcapasso.

19. Sobre a colestase na população pediátrica, analise as afirmativas abaixo.

- I. Todo RN ou lactente que apresente BD > 1,0 mg/dl (17µmol/L), merece investigação diagnóstica.
- II. Do ponto de vista clínico, a colestase se manifesta por icterícia, hipocolia/acolia fecal, colúria, prurido e xantomas.
- III. Nos RN e lactentes jovens, investigar a possibilidade de atresia biliar é muito importante, pois a correção cirúrgica precoce aumenta as chances de drenagem biliar bem sucedida após a portoenterostomia.
- IV. infecções virais, como toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus, herpes e outros vírus (3%), e algumas doenças genético-metabólicas, como galactosemia, tirosinemia, fibrose cística e miscelâneas devem fazer parte do diagnóstico diferencial.
- V. Atresia biliar, Cisto de colédoco, perfuração espontânea das vias biliares extra-hepáticas, colangite esclerosante neonatal devem fazer parte da investigação em caso de colestase.

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

Leia o caso clínico abaixo para responder a questão 20.

Lactente de 6 meses de idade, chega a urgência pediátrica com relato de palidez, letargia e extremidades frias. Mãe refere tosse produtiva há 3 dias, acompanhada de febre. Ao exame:  
Letárgico, pálido, extremidades frias, gemente  
OF: ndn  
Ap: mv+, crepitações em base direita; SO<sub>2</sub>: 90% em ar ambiente  
FR: 65 ipm, com batimento de asa de nariz e tiragem intercostal  
Ac: bcnf, rcr 2t, ss  
FC: 148 bpm  
PA: 90x40 mmhg

20. Ante o quadro clínico descrito, o provável diagnóstico é:

- a) crupe.
- b) asma.
- c) pneumonia.
- d) bronquiolite.
- e) alteração do controle da respiração.

21. Lactente do sexo masculino, de 1m7d de vida, é trazido à consulta de puericultura pelos pais que apresentam muitas dúvidas a respeito do aleitamento materno. São vantagens do aleitamento materno, **EXCETO**:

- a) a amamentação promove o desenvolvimento cognitivo da criança devido, entre outras coisas, ao efeito dos ácidos graxos ômega-3 e ômega-6, Ácido Docosaheptaenoico (DHA) e Ácido Araquidônico (ARA), que são depositados no cérebro em desenvolvimento.
- b) a mãe que amamenta tem involução uterina pós-natal mais rápida, maior catabolismo da gordura corporal depositada na gravidez, redução do risco de câncer de mama, além de ser um meio eficaz e seguro de contracepção, evitando gravidez indesejada.
- c) iniciar a amamentação na primeira hora de vida reduz o risco de mortalidade neonatal.
- d) o leite materno não contém apenas nutrientes, sendo também rico em componentes imunologicamente ativos com propriedades anti-infecciosas e anti-inflamatórias, reduzindo o risco de doenças infecciosas.
- e) a amamentação oferece benefício de saúde de curto e longo prazos, além de vantagens econômicas e ambientais para crianças, mulheres e sociedade.

22. Pré-escolar do sexo feminino, 4 anos, contactante domiciliar do pai com tuberculose pulmonar confirmada há 2 semanas, comparece com a mãe à consulta pediátrica na UBS para avaliação. Após anamnese detalhada e exame físico completo, o pediatra constata a ausência de sinais/sintomas de doença ativa. Diante do quadro exposto, o pediatra deverá:

- a) esclarecer à mãe que a criança está bem, sem sinais/sintomas de tuberculose, liberando a mesma e orientando à mãe que retorne em caso de início de quadro respiratório e/ou febre e/ou perda de peso.
- b) solicitar exames radiológicos e laboratoriais (incluindo bacterioscopia no escarro) que descartem doença ativa. Caso estejam normais, dar alta da criança e encerrar o caso.
- c) solicitar RX de tórax para excluir doença ativa, prova tuberculínica (PT) ou o ensaio de liberação do Interferon Gama (IGRA). Tendo sido excluída TB ativa e, caso a PT seja maior ou igual a 5mm ou IGRA seja positivo, deverá iniciar tratamento de infecção latente pelo M. tuberculosis.
- d) no caso exposto, não cabe solicitar a realização de prova tuberculínica devido à interferência da vacina BCG no resultado. Deve-se solicitar RX de tórax e escarro e encerrar o caso se estes forem normais.
- e) em crianças menores de 10 anos, a rifampicina é a opção terapêutica de escolha para o tratamento da infecção latente pelo M. tuberculosis; a medicação deve ser feita num esquema de 9 meses ou 270 doses, sendo mais relevante o tempo de tratamento do que o número de doses.

23. Lactente de 11 meses, sexo feminino, trazida para consulta de puericultura pela mãe que relata que a criança está bem de saúde, mas está preocupada porque não sabe quais marcos do desenvolvimento a filha já deveria ter atingido com esta idade. Todos os marcos abaixo devem estar presentes nesta faixa etária, **EXCETO**:

- a) consegue dar alguns passos com apoio.
- b) produz jargão.
- c) usar colher ou garfo para comer, derramando pouco fora da boca.
- d) consegue fazer movimento de pinça para pegar pequenos objetos.
- e) imita gestos como bater palmas ou dar "tchau".

Leia o caso clínico abaixo para responder á questão 24 e 25

Escolar de 8 anos, sexo masculino, previamente hígido, deu entrada na Unidade de Pronto-atendimento acompanhado do tio relatando que há 6 dias vem apresentando piora progressiva do estado geral, febre persistente ( $>38,5^{\circ}\text{C}$ ), conjuntivite não purulenta, "rash" cutâneo, dor abdominal, náuseas e vômitos. Relata que toda a família, inclusive ele, teve sintomas respiratórios há mais ou menos 4 semanas, confirmando COVID-19 em todos. Na ocasião, o menor teve apenas sintomas gripais leves, sem complicações. Quando perguntado ao tio sobre esquema vacinal, não soube informar sobre o calendário básico, mas referiu ter recebido há 1 mês 1 dose da vacina contra o SARS CoV 2.

24. A respeito deste caso, é correto afirmar que:

- a) trata-se de uma doença exantemática, provavelmente benigna, sendo a conduta mais adequada a administração de medicações sintomáticas, com posterior alta, mas orientando retorno em caso de piora clínica.
- b) a Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica é pouco provável já que o paciente era previamente hígido e recebera 1 dose de vacina contra o SARS CoV 2.
- c) deve-se solicitar exame que comprove a infecção prévia pelo SARS CoV 2, sendo, nesta situação, o teste antigênico a melhor opção. Caso este seja positivo, a síndrome inflamatória multissistêmica pediátrica passa a ser o diagnóstico mais provável.
- d) a ausência de febre alta persistente não exclui o diagnóstico de Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica, já que não faz parte dos critérios diagnósticos da doença.
- e) os achados clínicos descritos, aliados à comprovação laboratorial da infecção prévia pelo SARS COV 2 falam a favor do diagnóstico de Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica, devendo o paciente passar por cuidadosa triagem de disfunções orgânicas.

25. Ainda sobre o paciente da questão anterior que, durante a permanência no pronto-atendimento ele evoluiu com deterioração progressiva do quadro, apresentando sonolência, sudorese fria, redução do volume de diurese, pulsos centrais e periféricos progressivamente mais finos, tempo de enchimento capilar de 5 segundos, pressão arterial de  $82 \times 45 \text{ mmHg}$ , frequência cardíaca de 140bpm, além de piora do padrão respiratório com frequência respiratória de 40ipm e presença de tiragens intercostais, subcostais e retração de fúrcula esternal. Não houve melhora hemodinâmica após máscara não reinhalante de  $\text{O}_2$  e reposição volêmica com 20ml/kg de solução cristalóide, passando a apresentar após esta, estertores bolhosos difusos bilateralmente, piora da taquidispneia,  $\text{SO}_2:86\%$ , além de aumento do volume do fígado anteriormente não palpável no exame físico. Sobre o quadro descrito é possível afirmar, **EXCETO**:

- a) trata-se de provável quadro de choque cardiogênico, hipotensivo, cabendo imediata intubação orotraqueal, suporte de ventilação mecânica invasiva, medidas anti-congestivas e administração de aminas vasoativas.
- b) exames como ECG, ecocardiograma, proBNP, troponina, CPK e CK-MB são importantes neste caso para avaliar disfunção miocárdica.
- c) trata-se de provável quadro de choque cardiogênico, com paciente normotenso, sendo necessária intubação orotraqueal imediata, ventilação mecânica invasiva, medidas anti-congestivas e posteriormente avaliação da necessidade de droga vasoativa.
- d) Síndromes de Kawasaki, do choque tóxico e de ativação macrofágica são importantes diagnósticos diferenciais para os casos de Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica.
- e) milrinone e dobutamina são aminas vasoativas muito usadas nos quadros de choque cardiogênico.

26. Os agentes bacterianos mais frequentemente implicados na etiologia das otites médias agudas na infância são:

- a) Streptococcus Pneumoniae, Haemophilus Influenzae não tipável e a Moraxella Catarrhalis.
- b) Streptococcus Pyogenes do grupo A, Haemophilus Influenzae tipo B e a Moraxella Catarrhalis.
- c) Streptococcus Pneumoniae, Haemophilus Influenzae tipo B e o Mycoplasma Pneumoniae.
- d) Streptococcus Pneumoniae, Haemophilus Influenzae tipo B e a Moraxella Catarrhalis.
- e) Streptococcus Pyogenes do grupo A, Haemophilus Influenzae não tipável e o Mycoplasma Pneumoniae.



**27.** Lactente do sexo feminino, 5m15dias, nascida a termo (IG = 38 semanas), sem complicações no período perinatal, PN=3300g, Apgar 9/9, hígida, em aleitamento materno exclusivo é trazida à consulta pediátrica a fim de serem esclarecidos sobre como se dará a transição alimentar. Sobre a alimentação complementar aos 6 meses, analise as afirmativas abaixo.

- I. Deverá ser mantida em aleitamento materno complementado e iniciar as frutas (amassadas ou raspadas), bem como a primeira papa principal de misturas múltiplas (almoço ou jantar) e oferta de água potável no intervalo das refeições.
- II. Sal e açúcar de adição deverão ser evitados no 1º ano de vida.
- III. Em caso de pouca aceitação pelo bebê, os alimentos poderão ser peneirados ou liquidificados a fim de garantir bom ganho ponderal.
- IV. Sucos devem ser estimulados, pois são fontes de calorias e promovem a hidratação adequada do bebê.
- V. Ao completar os 6 meses de vida, além de iniciar a alimentação complementar, a lactente deverá iniciar suplementação de ferro na dose de 1mg/kg/dia de ferro elementar, mantendo até o 24º mês de vida.

A alternativa que contém todas as afirmativas corretas é:

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

**28.** Mulher de 26 anos, sabidamente HIV positiva há 2 anos, dá entrada na maternidade com 38 semanas de idade gestacional para ser submetida à cesárea eletiva. Relata que desde o diagnóstico recebe adequadamente tratamento da infecção e que, após saber que estava grávida, imediatamente iniciou pré-natal, com início da TARV ainda na 1ª metade da gestação, com carga viral indetectável no último trimestre. Ela está muito angustiada e deseja ser esclarecida pelo pediatra da sala de parto sobre como será a abordagem do recém-nascido. Todas as condutas abaixo estão corretas, **EXCETO**:

- a) imediatamente após o nascimento, será realizado banho no RN, com cuidadosa remoção de secreções da pele e mucosas.
- b) o RN será o mais precocemente possível colocado junto à mãe e poderá mamar já que a mãe está seguindo todas as recomendações preconizadas e tem carga viral negativa.
- c) será iniciado o AZT xarope ainda na sala de parto, nas primeiras 4 horas de vida.
- d) será coletada carga viral no sangue periférico do RN.
- e) o bebê deverá obrigatoriamente receber fórmula infantil, estando contra indicado o aleitamento materno.

**29.** Pré-escolar do sexo feminino comparece à Unidade de Pronto Atendimento acompanhada da avó que refere que há 12 dias a menor vem apresentando fezes líquido-pastosas, por volta de 6 episódios por dia, com sangue em pequena quantidade e muco, além de episódios eventuais de vômitos e febre que iniciou há dois dias, de até 38,5°C. Não aceita bem a dieta e tem baixa ingestão de líquidos, pois sente náuseas. Avó relata que estava oferecendo apenas medicações sintomáticas para a criança. Última diurese há mais ou menos 6h, em pequena quantidade. Ao exame físico, paciente se mostra agitada e irritada, tem os olhos encovados, boca seca, chora sem lágrimas, está febril (38,3°C) e taquicárdica. Sobre este caso é correto afirmar que:

- a) trata-se de um quadro de diarreia persistente pois já se arrasta por mais de 10 dias, com disenteria e desidratação leve.
- b) trata-se de uma diarreia crônica, com desidratação moderada, cujos principais agentes etiológicos são vírus, bactérias e protozoários.
- c) estamos diante de uma diarreia aguda com disenteria, sem desidratação, devendo-se iniciar antibiótico, anti-emético, antiperistáltico, antitérmico e recomendar uso de terapia de rehidratação oral no domicílio.
- d) a paciente tem uma diarreia persistente, com desidratação grave e disenteria, necessitando de internação hospitalar e imediata terapia de rehidratação endovenosa, além de antibioticoterapia de amplo espectro pois trata-se provavelmente de infecção por bactéria enteroinvasiva.
- e) pode-se classificar como quadro de diarreia aguda, com disenteria e desidratação moderada, indicando-se reposição supervisionada na unidade de saúde de saís de rehidratação por via oral, em 3 a 4 h ou, em caso de vômitos frequentes, por sonda nasogástrica, em 4 a 6h. Há necessidade de iniciar antibiótico, pois paciente com sangue nas fezes e sinais de toxemia.

**30.** Escolar do sexo feminino, 7 anos, retorna com exames à UBS que haviam sido solicitados devido a quadro de dores abdominais recorrentes, náuseas, vômitos eventuais e episódios esporádicos de diarreia. Parasitológico das fezes evidenciou infecção por *S. stercoralis*. Diante do diagnóstico, são opções terapêuticas, **EXCETO**:

- a) Tiabendazol
- b) Mebendazol
- c) Albendazol
- d) Cambendazol
- e) Ivermectina

**31.** Sobre a vacina BCG analise as afirmativas abaixo.

- I. A vacina BCG usada no Brasil é produzida com bacilos vivos atenuados e liofilizados de cepa de *M. bovis*. O esquema consiste em dose única, por via subcutânea, aplicada o mais precoce possível após o nascimento. É importante para o controle da mortalidade por formas graves da tuberculose, sendo também recomendada para contatos domiciliares de hanseníase.
- II. O tempo médio de evolução da lesão é de 6 a 12 semanas, podendo raramente se prolongar até a 24ª semana. Eventualmente pode haver recorrência da lesão mesmo após completa cicatrização.
- III. A lesão vacinal evolui da seguinte forma: mácula - pústula - úlcera - cicatriz. Em não ocorrendo esta evolução até os 6 meses de vida do bebê, está indicada a revacinação.
- IV. Estima-se que 10% dos vacinados não desenvolvam cicatriz após BCG, o que não é indicativo de ausência de proteção e tampouco da necessidade de revacinação, ainda que não haja formação de endureção quando realizada a prova tuberculínica.
- V. Os eventos adversos locais e regionais (úlceras com diâmetro maior que 1 cm, abscesso, linfadenopatia regional não supurada maior que 3 cm, linfadenopatia regional supurada e granuloma), em geral, não estão associados à imunodeficiência e podem, em alguns casos, decorrer de técnica incorreta de administração da vacina.

A alternativa que contém todas as afirmativas corretas é:

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

**32.** Pré-escolar de 4 anos, sexo masculino, foi admitido na enfermaria de pediatria, procedente do domicílio, pois fora diagnosticado com pneumonia lobar e derrame pleural à direita, em RXTX que realizou após consulta na UBS. Iniciou, então, penicilina cristalina em dose apropriada e foi submetido à drenagem torácica, com saída de aproximadamente 200ml de líquido pleural. Contudo, já no 4º dia de internação e antibiótico, persiste com febre baixa diária, embora com melhora importante do estado geral. Chega resultado de hemocultura com *S. pneumoniae*. A conduta mais adequada neste caso, é:

- a) encaminhar para TC de tórax de controle e substituir por antibiótico de espectro mais amplo para cobrir germe hospitalar.
- b) encaminhar para TC de tórax, avaliar troca do dreno torácico e associar ceftriaxona ao esquema atual.
- c) substituir a penicilina por uma cefalosporina de 3ª geração com cobertura para *Pseudomona*.
- d) manter a penicilina cristalina pois crianças com derrame pleural podem ter febre por período mais prolongado.
- e) associar vancomicina para sinergismo com a penicilina.

**33.** Adolescente do sexo masculino, 13 anos, comparece à consulta ambulatorial acompanhado do pai, referindo que há aproximadamente 3 meses vem apresentando perda significativa de peso, fadiga, astenia e episódios eventuais de febre (até 38°C), sem causa aparente. Relata que nos últimos dias também vem apresentando dilatação das veias do pescoço, cefaleia, tosse, sudorese e dificuldade progressiva para respirar, sobretudo quando está deitado. Encaminhado para realizar RX de tórax de urgência, constata-se presença de alargamento mediastinal, com extensa massa tumoral. Diante do quadro descrito, a provável conduta é:

- a) solicitar imediata internação para realização de corticosteróide, pois se trata de síndrome da v. cava superior.
- b) encaminhamento para ambulatório de oncologia para realização de quimioterapia de emergência, pois se trata de síndrome da v. cava superior.
- c) permanecer na Unidade de Pronto Atendimento para monitorização e oxigenioterapia e aguardar avaliação do especialista para melhor definição diagnóstica e conduta apropriada.
- d) solicitar imediata internação para realização de vincristina IV, pois se trata de Síndrome de Lise Tumoral.
- e) encaminhamento imediato para ambulatório de oncologia para receber ciclofosfamida IV, pois se trata de Síndrome de Lise Tumoral.

**34.** Pré-escolar do sexo masculino, 4 anos, portador de hidrocefalia congênita, em pós-operatório tardio de neurocirurgia para colocação de válvula de derivação ventrículo-peritoneal (DVP) aos 2 meses de vida, sem outras comorbidades, é trazido ao pronto-socorro pelos pais pois há 3 dias vem apresentando febre alta (até 40°C), irritabilidade, vômitos eventuais e hiperemia no trajeto da válvula. Ao exame físico, discreta macrocrania, mal estado geral, choroso, febril (39°C), taquipneico (FR: 50ipm), mucosas pouco hidratadas, taquicárdico (FC: 150bpm). Pupilas médias e isofotorreagentes. ECG: 13. Ausculta pulmonar e cardíaca sem alterações. PA: 93x45mmHg. Tempo de enchimento capilar de 3". Abdomen flácido, com ruídos hidroaéreos e evacuações presentes, mas com dor à palpação no trajeto da DVP que se encontra hiperemiado. Sobre este caso julgue as afirmativas abaixo em verdadeiras ou falsas.

- ( ) Provável choque hipovolêmico devido aos vômitos e febre, sendo prioritário iniciar reposição volêmica imediata.
- ( ) Deve-se priorizar nos primeiros 15' monitorização hemodinâmica do paciente, fornecer oxigênio garantindo  $SO_2 > 94\%$  e obter imediatamente acesso endovenoso ou intraósseo a fim de iniciar reposição de fluidos.
- ( ) Deve ser prontamente coletado o kit sepse pediátrico que inclui gasometria e lactato arteriais, hemograma completo, culturas (hemoculturas e de outros sítios suspeitos), creatinina, bilirrubinas, coagulograma e outros exames a critério médico que ratifiquem o diagnóstico de sepse e demonstrem disfunções orgânicas.
- ( ) Trata-se de um quadro de sepse, cujo foco mais provável é sistema nervoso central, devendo-se proceder imediata coleta de LCR e iniciar antibiótico quando do resultado definitivo da cultura de LCR, sangue e outras que tenham sido coletadas.
- ( ) Dever-se-á administrar 1ª dose de antibioticoterapia empírica na 1ª hora, visando cobertura de infecção de SNC, pois se trata provavelmente de quadro de sepse secundário à infecção da DVP.
- ( ) Neste caso, é dispensável a ressuscitação com fluidos pois a criança está normotensa e com bom nível de consciência.

A sequência correta de cima para baixo é:

- a** F - V - F - V - V - V
- b** V - F - V - F - F - V
- c** F - F - V - V - F - F
- d** F - V - V - F - V - F
- e** V - F - F - F - V - V

**35.** Lactente de 1a10m, sexo masculino, é trazido pela mãe à UPA após ter tido crise convulsiva. Ela refere que o menor está com quadro respiratório há 2 dias e que, durante episódio de febre, aconteceu a convulsão. Criança previamente hígida, sem comorbidades e sem nada digno de nota nos antecedentes pessoais. Sobre as Crises Convulsivas Febris (CF), é correto afirmar que:

- I. Ocorrem na faixa etária entre 6 meses e 8 anos.
- II. A curta duração da febre antes da CF e a baixa temperatura são associadas a um aumento do risco de recorrência.
- III. Geralmente ocorrem na vigência de quadros infecciosos com febre, assim como associada à febre decorrente de vacinação, sobretudo no período de rápida ascensão da temperatura.
- IV. Para melhor diagnóstico e definição de conduta, as CF devem ser acompanhadas da realização de coleta de LCR, culturas e neuroimagem (EEG, TC e/ou RNM de crânio).
- V. Mesmo nas CF classificadas como simples, está recomendado o uso contínuo ou profilático de anticonvulsivantes.

A alternativa que contém todas as afirmativas corretas é:

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

**36.** A Triagem Neonatal de Cardiopatias Congênita Crítica, conhecida como Teste do Coraçãozinho, consiste na análise dos valores de oximetria de pulso do membro superior direito e em um dos membros inferiores. Com relação a essa triagem, é correto afirmar que:

- a** diante de um recém-nascido com saturação de oxigênio de 90% tanto em membro superior direito, quanto no membro inferior esquerdo, no primeiro teste, deve-se repetir o teste com 24h.
- b** o Teste do Coraçãozinho deve ser realizado entre 12-14h, após a alta hospitalar.
- c** o Teste do Coraçãozinho deverá ser realizado somente em recém-nascidos com idade gestacional menor que 34 semanas.
- d** considera-se um resultado normal quando a saturação periférica for maior ou igual a 95% em ambas as medidas (membro superior direito e membro inferior) e diferença menor que 3% entre as medidas do membro superior direito e membro inferior.
- e** quando o Teste do Coraçãozinho for menor que 93% na primeira aferição, o avaliador deverá solicitar um Ecocardiograma antes da alta.

- 37.** Recém-nascido a termo, de parto vaginal, Apgar 1" min: 8, 5" min: 9 e 10" min: 9, realiza oximetria de pulso ("teste do coraçãozinho") com 24 horas de vida (membro superior direito 95%, membro inferior 90%, foi repetido após uma hora. Saturação O<sub>2</sub> em membro superior direito: 98% e em membro inferior direito: 93%. De acordo com o diagnóstico precoce de Cardiopatia Congênita Crítica neste caso é:
- a ecocardiograma.
  - b indometacina IV.
  - c iniciar oferta de oxigênio.
  - d teste terapêutico com óxido nítrico.
  - e alta hospitalar e consulta ambulatorial com cardiopediatra em 7 dias.
- 38.** Adolescente, 15 anos, apresentou surto agudo de febre reumática aos 13 anos, após quadro de amigdalite. Menor apresentou no momento do surto um comprometimento da valva mitral (insuficiência valvar moderada). Após dois anos de acompanhamento e profilaxia secundária, o mesmo está assintomático. Exame físico: sem alterações. Ecocardiograma: insuficiência mitral leve. Nesse caso, a duração da profilaxia secundária da febre reumática é:
- a até os 18 anos.
  - b até os 25 anos.
  - c até os 35 anos.
  - d até os 40 anos.
  - e por toda a vida.
- 39.** Adolescente, 12 anos, sexo masculino e portador de prótese valvar será submetido à cirurgia odontológica envolvendo a mucosa gengival e região periapical do dente. Nesse caso, está indicada a profilaxia por via oral do procedimento com o seguinte antibiótico:
- a cefuroxima 12 horas antes do procedimento.
  - b cefuroxima uma hora antes do procedimento.
  - c amoxicilina uma hora antes do procedimento.
  - d amoxicilina-clavulanato 12 horas antes do procedimento.
  - e Não precisa de profilaxia.
- 40.** Lactente, sete meses, é levado à emergência com história de ficar "roxo". Exame físico: Sat O<sub>2</sub>:80%, FR:40irpm, FC:130 bpm. Sopro sistólico 3+/6 em bordo esternal esquerdo, no 2º e 3º espaço intercostais. Pulsos: amplitude normal e simétricos. RX de tórax: redução do fluxo pulmonar. A cardiopatia congênita compatível com o quadro clínico descrito é:
- a tetralogia de Fallot.
  - b comunicação interatrial.
  - c transposição das grandes artérias.
  - d comunicação interventricular.
  - e persistência do canal arterial.
- 41.** Na circulação fetal, a estrutura vascular que tem o maior teor de oxigênio é:
- a aorta
  - b veia umbilical
  - c artéria umbilical
  - d veia cava superior
  - e canal arterial
- 42.** Um lactente de 6 meses é levado ao Pronto socorro com cianose, taquipneia e irritabilidade. O pai relata que foi auscultado um sopro no menor em sua primeira consulta com o pediatra e que o mesmo não o levou na consulta agendada com o cardiologista pediátrico. O que poderá está ocasionando a cianose desse paciente é:
- a fluxo sanguíneo pulmonar aumentado.
  - b resistência vascular sistêmica aumentada.
  - c pressão vascular pulmonar diminuída.
  - d shunt direita- esquerda aumentado.
  - e shunt esquerda- direita aumentado.
- 43.** Um menino 6 anos é encaminhado para o cardiologista pediátrico por apresentar uma concentração de colesterol LDL 170 mg/dl. A história familiar inclui um avô com doença vascular coronariana e o primeiro infarto com 60 anos de idade. O paciente tem um IMC no percentil 90º. Neste caso a opção terapêutica é:
- a o controle de peso (incluindo avaliação nutricional e atividade física) e iniciar o uso de colestiramina.
  - b iniciar estatina.
  - c controle de peso, atividade física e iniciar niacina.
  - d iniciar ômega 3.
  - e o controle de peso (incluindo avaliação nutricional e atividade física) deve ser o principal método de controle.
- 44.** Criança de 2 anos de vida, foi levada ao Pronto Socorro e recebeu o diagnóstico de miocardite. Na história clínica os pais informam que recentemente a criança havia apresentado quadro de infecção viral das vias aéreas superiores. Neste caso o vírus que provavelmente está implicado na etiologia do quadro de miocardite, é:
- a vírus Coxsackie.
  - b vírus Epstein-Barr (EBV).
  - c vírus sincicial respiratório (VSR).
  - d vírus da Imunodeficiência Humana (HIV).
  - e vírus parainfluenza.
- 45.** A circulação nos portadores de transposição das grandes artérias funciona:
- a de forma cruzada.
  - b em série.
  - c em paralelo.
  - d mista.
  - e de forma alternante.

- 46.** Inibidores da enzima de conversão da angiotensina, como o Captopril, têm efeito benéfico em crianças com insuficiência cardíaca secundária, por exemplo a CIV ampla. No que diz respeito ao mecanismo pelo qual o Captopril melhora a insuficiência cardíaca em crianças, quando secundária a cardiopatias que levam a shunt esquerda – direita, é:
- a** Captopril reduz a resistência vascular sistêmica reduzindo a pós-carga imposta ao ventrículo esquerdo, reduz o shunt esquerda – direita e a sobrecarga volumétrica do ventrículo esquerdo.
  - b** Captopril aumenta o volume do shunt esquerda – direita através da CIV por reduzir a resistência vascular sistêmica mais do que a pulmonar, e levando a maior sobrecarga do ventrículo esquerdo.
  - c** Captopril inibe o AMPc da difosfoesterase miocárdica levando a melhora da função cardíaca.
  - d** Captopril reduz o shunt esquerda – direita sem alterar a resistência vascular sistêmica e o débito cardíaco.
  - e** Captopril eleva a resistência vascular pulmonar e assim reduz o shunt esquerda-direita a nível ventricular, sem alterar a sobrecarga de volume do ventrículo esquerdo.
- 47.** Uma criança de 3 anos, saudável, eutrófica, foi encaminhada para avaliação pelo achado de um sopro cardíaco em consulta pediátrica de rotina. Ao exame físico, apresentava pulsos periféricos normais, primeira e segunda bulhas normais e um sopro sistólico 2+/6+ vibratório em mesocárdio. Pensando se tratar de sopro de Still, varia de intensidade com a mudança de postura, seria esperado que o sopro aumente de intensidade quando:
- a** mudando a postura do paciente da posição supina para posição sentada.
  - b** mudando de sentado e adotando postura genopeitoral.
  - c** em posição de cócoras.
  - d** mudando a postura do paciente da posição sentada para posição supina.
  - e** em posição de decúbito lateral esquerdo.
- 48.** A infecção pelo vírus da rubéola durante o primeiro mês de gestação pode causar lesões cardíacas congênitas. As principais cardiopatias associadas à síndrome da rubéola congênita são:
- a** persistência do canal arterial e comunicação interventricular.
  - b** comunicação interventricular e estenose valvar pulmonar.
  - c** estenose pulmonar valvar e coarctação da aorta.
  - d** comunicação interventricular e estenose dos ramos das artérias pulmonares.
  - e** persistência do canal arterial e estenose de ramos das artérias pulmonares.
- 49.** O eletrocardiograma na anomalia de situs inversus é bem característico, sendo evidenciado por ondas P:
- a** negativa em D1 e aVI. Positiva em D2, D3 e aVF.
  - b** positiva em D1 e aVF.
  - c** negativa em D2, Positiva em D1.
  - d** positiva em D1, V6, aVR.
  - e** positiva em D1, aVI e aVF.
- 50.** Recém-nascido com 36 horas de vida, com diagnóstico de transposição dos grandes vasos com septo interventricular íntegro, está evoluindo com piora da cianose e acidose metabólica grave. Já foi iniciada infusão de prostaglandina. Neste caso a melhor conduta imediata é:
- a** repetir o ecocardiograma de forma seriada.
  - b** otimizar a assistência ventilatória.
  - c** atrioseptostomia percutânea.
  - d** cateterismo para avaliar as artérias coronárias.
  - e** aumentar a dose de prostaglandina.





**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ**  
**PROCESSO SELETIVO UNIFICADO PARA RESIDÊNCIA MÉDICA 2023**

**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	