



GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DA PARAÍBA (ESP-PB)
COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA (COREME)

PROCESSO SELETIVO
PROGRAMAS DE RESIDÊNCIAS MÉDICAS
EDITAL Nº 022/2022, de 08 de Dezembro de 2022.

CADERNO DE QUESTÕES

► MEDICINA INTENSIVA PEDIÁTRICA ◀ PRÉ REQUISITO: PEDIATRIA

DATA DA PROVA: 22/01/2022
DURAÇÃO TOTAL: 03 HORAS (08:30 às 11:30h)

ORIENTAÇÕES AO CANDIDATO:

- Você receberá do fiscal de sala o seguinte material:
 - ✓ Este caderno de questões;
 - ✓ Um cartão-resposta destinado à marcação das questões.
- **Confira este material** assim que recebê-lo e, caso contenha algum erro, comunique ao fiscal.
- Após a conferência, assine o cartão-resposta no espaço destinado.
- Não dobre, amasse e/ou rasure o cartão-resposta, pois ele não será substituído.
- Este caderno tem um total de 30 (trinta) questões.
- Para cada questão são apresentadas 05 (cinco) alternativas de resposta (a, b, c, d, e), devendo o candidato **escolher apenas uma** e, utilizando caneta esferográfica azul ou preta, preencher completamente o círculo correspondente no cartão-resposta.
- As respostas das questões deverão, obrigatoriamente, ser transcritas para o cartão-resposta, que será o único documento válido utilizado na correção eletrônica.
- Não serão prestados esclarecimentos sobre o conteúdo da prova durante a sua aplicação.
- O candidato não poderá se ausentar da sala antes de transcorrida uma hora de início da prova.

Boa prova!
Comissão do Processo Seletivo de Residência Médica

MODELO DE GABARITO

1 -	2 -	3 -	4 -	5 -
6 -	7 -	8 -	9 -	10 -
11 -	12 -	13 -	14 -	15 -
16 -	17 -	18 -	19 -	20 -
21 -	22 -	23 -	24 -	25 -
26 -	27 -	28 -	29 -	30 -

► **PROVA DE MEDICINA INTENSIVA PEDIÁTRICA** ◀
PRÉ-REQUISITO PEDIATRIA

1) Uma lactente com 5 meses de idade, nascida a termo, adequada para idade gestacional, atualmente sem aleitamento materno, dieta com leite em pó integral e papas de frutas, e em consulta de puericultura, constatou-se baixo peso. Exame físico sem anormalidades, não apresentou baixa estatura. Avaliação laboratorial realizada: HEMOGRAMA -Hemácias 4.3×10^6 ; Hemoglobina 8,8 g/dl; Hematócrito 27%; VCM 61 fl; HCM 20 pg; CHCM 30%; leucócitos totais: 9.300 mm^3 , apresentando contagem diferencial segmentados 32%; eosinófilos 5%; basófilos 1%; linfócitos típicos 54%; linfócitos atípicos 0%; monócitos 8%; plaquetas: 246.000 mm^3 . PROTEÍNA C REATIVA: 3,5; SUMÁRIO DE URINA: aspecto límpido, cor amarelo claro, cheiro próprio, pH – 6 / nitrito – negativo / leucócitos – 3 por campo / hemácias – ausentes. UROCULTURA – presença de 90.000 colônias de *Proteus sp*; Antibiograma – sensível a sulfametoxazol/trimetropim/amicacina / ácido nalidíxico/nitrofurantoína. Diante do cenário, qual a **HIPÓTESE DIAGNÓSTICA E CONDUTA** a ser tomada:

- Infecção do trato urinário em lactente jovem; internar para tratamento com amicacina por via parenteral.
- Infecção do trato urinário em lactente sem sinais de complicação, tratar ambulatorialmente com sulfametoxazol/trimetropim.
- Bacteriúria assintomática e deve-se orientar a fazer uma coleta de material de urina de forma adequada para não contaminar.
- Infecção do trato urinário em lactente jovem, iniciar tratamento imediato e investigar com USG as vias urinárias.
- Bacteriúria assintomática e deve se tratar ambulatorialmente com nitrofurantoína e ainda realizar USG das vias urinárias.

2) Pré-escolar com 3 anos de idade, masculino, comparece ao PA por manchas roxas no corpo há 7 dias e nas últimas 24 horas apresentou uma mancha na boca. A mãe relata que a criança não apresentou mais nenhum outro sinal ou sintoma e que tem histórico de rinite alérgica. Na avaliação o médico identificou criança com bom estado geral, sem palidez de pele e mucosas, hidratado, eupneico, ausência de icterícia, ativo e reativo. Ausência de linfadenomegalia e abdome sem visceromegalias. Na pele havia petéquias, púrpuras e equimoses em membros inferiores, abdome e tronco, além de presença de petéquias em palato e pequeno coágulo na gengiva. Solicitou um hemograma e o resultado apresentou os seguintes achados laboratoriais: Hemácias 4.2×10^6 ; Hemoglobina 12.1 g/dl; Hematócrito 36%; leucócitos totais: $8.000 / \text{mm}^3$, com segmentados 40%; eosinófilos 10%; basófilos 0%; linfócitos típicos 46%; linfócitos atípicos 0%; monócitos 4%; plaquetas: $18.000 / \text{mm}^3$ ao analisar o quadro clínico e os achados laboratoriais, considerando a hipótese diagnóstica mais plausível, qual a conduta **MAIS RECOMENDADA** a ser seguida nesse contexto:

- A conduta seria solicitar mielograma para afastar leucemia e após, iniciar tratamento com pulsoterapia com dexametasona.
- A conduta seria prednisona oral na dose de 1 a 3 mg/kg/dia, e acompanhar ambulatorialmente.
- A conduta seria pulsoterapia com metilprednisolona associada a transfusão de concentrado de plaquetas.
- A conduta seria prednisona oral na dose de 1 a 3 mg/kg/dia, associada a transfusão de plaquetas.
- A conduta seria expectante, sem medicamento e se apresentar sangramento, fazer transfusão de plaquetas.

3) Um Recém-nascido com 28 dias de vida é reconvocado pelo Serviço de Referência em Triagem Neonatal (SRTN) por ter apresentado um resultado de Fenilalanina acima do esperado para a idade, no resultado do Teste do Pezinho, colhido no seu 4º dia de vida. Sobre a época ideal para coleta, é **CORRETO**, afirmar:

- a) Não há nenhuma relação entre o tempo de coleta e a alteração encontrada no PKU do paciente.
- b) Para garantir que o teste seja colhido, podemos antecipar a sua coleta para as 1ªs 48h de vida, para evitar que a família deixe de realizar o exame.
- c) Considerando a fenilcetonúria, a relação entre o surgimento dos sintomas e a época de coleta do exame coincidem.
- d) Existe uma razão lógica para a orientação da coleta do sangue do bebê, a partir do 3º dia de vida, explicada pela oferta necessária de dieta proteica, para que a falha enzimática seja detectada pela triagem.
- e) Os níveis de fenilalanina estarão cada vez mais baixos, quanto mais exposição houver ao aleitamento materno, antes da coleta do teste.

4) Lactente com 2 meses de vida, em aleitamento materno exclusivo e com história familiar de atopia, evolui com sangue nas fezes, regurgitações frequentes e xerose sugestivos de Alergia à Proteína do Leite de Vaca. Qual a conduta **MAIS INDICADA** neste momento:

- a) Orientar dieta sem lactose para a mãe durante 4-8 semanas e realizar teste de provocação oral.
- b) Solicitar RAST IgE específico para caseína, alfa-lactoalbumina e beta-lactoalbumina para conclusão diagnóstica.
- c) Iniciar prednisolona 1-2mg/kg/dia, via oral, durante 15 dias e observar a resposta.
- d) Iniciar fórmula de aminoácidos ou fórmula extensamente hidrolisada sem lactose durante 4-8 semanas e iniciar teste de provocação oral.
- e) Orientar a dieta materna com exclusão da proteína do leite de vaca durante 4-8 semanas e realizar teste de provocação oral.

5) Você atende uma criança no ambulatório de pediatria com queixa de odinofagia e febre discreta. Após realizar anamnese e exame físico conclui que se trata de um quadro de herpangina. Qual a principal alteração encontrada no exame da orofaringe que levou você a essa conclusão:

- a) Presença de úlceras superficiais eritematosas.
- b) Presença de secreção membranosa amarelo-esbranquiçada.
- c) Presença de secreção amarelada com hiperemia intensa.
- d) Presença de eritema difuso moderado.
- e) Presença de petéquias em palato duro com eritema intenso.

6) Você avalia uma criança com quadro de urticária iniciado há 07 dias, com lesões em tórax e membros difusamente, e relato de tosse produtiva, coriza nasal hialina e febre por dois dias antes do início das lesões cutâneas. Foi prescrito Hidroxizina, bloqueador H1 de primeira geração. Houve melhora das lesões, mas 24 horas após suspender a medicação, após o uso de 7 dias, as lesões urticariformes voltaram a aparecer. Qual a conduta, das afirmativas abaixo, **MAIS ADEQUADA** para o caso:

- a) Substituir para o bloqueador H1 de segunda geração, devido a falha no uso do Bloqueador H1.
- b) Retornar uso de bloqueador H1 de primeira geração, na mesma dose por mais algum tempo.
- c) Usar corticóide sistêmico, em decorrência da falha do Bloqueador H1.
- d) Usar bloqueador H1 de primeira geração, porém aumentando sua dose.
- e) Usar Ciclosporina oral, em decorrência da falha do Bloqueador H1.

7) Um escolar de 11 anos, com diagnóstico de anemia falciforme, em uso de ácido fólico e hidroxiuréia, foi trazido ao serviço de pediatria com quadro de febre de 37,8 °C, além de tosse e desconforto respiratório há 6 dias. Queixou-se ainda de dor em membros inferiores. A mãe disse que a criança já tinha tido episódios também de febre e cansaço e que nas ocasiões, havia necessitado de transfusões de sangue. Ao exame apresenta-se pálido, +2/+4, ictérico em escleróticas e turgor da pele diminuído. ApR tórax com expansibilidade diminuída, ausência de tiragem subcostal, e murmúrio vesicular rude em ambos os hemitórax. Os exames de laboratório mostram: Hemácias 3.2×10^6 ; Hemoglobina 8,2 g/dL; Hematócrito 26%; VCM 81 fl; HCM 26 pg; CHCM 31,5%; hematoscopia com policromasia e presença de drepanócitos. PCR 48 mg/dL, SatO₂, 95%, radiografia do tórax com seios costofrênicos livres, presença de infiltrado intersticial bilateral, sem consolidações. Diante do quadro, qual a hipótese diagnóstica e conduta **MAIS ADEQUADA**:

- a) Síndrome torácica aguda, internamento, oxigênio, antibioticoterapia, tratamento da crise dolorosa associada e transfusão.
- b) Pneumonia adquirida na comunidade, tratamento com amoxicilina com clavulanato e avaliar necessidade transfusional.
- c) Pneumonia por germe atípico, tratamento com macrolídeos, hidratação, suporte para tratamento de dor.
- d) Pneumonia viral, oferecer suporte de oxigênio, transfusional, hidratação, tratamento da crise dolorosa associada.
- e) Síndrome torácica aguda, internamento, oxigênio, hidratação, antibioticoterapia, porém sem necessidade transfusional.

8) Menino de 4 anos, previamente hígido, apresenta uma história de há 5 dias ter tido um quadro de IVAS e, após uma semana, surgiu um edema generalizado. Exame físico: criança ativa, eupneico, com edema periorbitário, edema de parede abdominal e Piparote positivo. Sumário de urina com pH 7,0, densidade urinária 1020, proteinúria +4/+4, hemácias raras. Colesterol sérico 550Mg/dL, albumina 2,1 g/dL, relação proteína/creatinina 0,8, C3 70mg/dL, creatinina 0,3 mg/dL. Qual a **CONDUTA INICIAL** desta criança:

- a) Iniciar amoxicilina.
- b) Iniciar furosemida.
- c) Iniciar metilprednisolona.
- d) Indicar biópsia renal.
- e) Iniciar prednisona oral.

9) A toxoplasmose congênita é uma zoonose desencadeada pelo protozoário *T. gondii*, de transmissão materno-fetal transplacentária aumentada, com o avançar da gravidez. A gestante susceptível pode contagiar-se havendo maus hábitos higiênicos alimentares, bem como no contato com fezes de gato, manipulação de terra ou fômites contaminados e posterior ingestão do parasita. Em menor proporção, pode haver reativação de infecções prévias ou recontaminação das gestantes. Atualmente, a triagem neonatal biológica (Teste do Pezinho) ampliou para o rastreio da toxoplasmose congênita no Estado da Paraíba. No que diz respeito ao tratamento da toxoplasmose congênita, assinale a opção abaixo que **NÃO INDICA** necessidade de início imediato das medicações preconizadas:

- a) Criança com alteração ocular compatível com toxoplasmose (por exemplo: retinocoroidite).
- b) Sorologia para toxoplasmose IgM ou IgA positivas.
- c) Sorologia para toxoplasmose IgM negativa e IgG positiva crescente comparada a IgG prévia.
- d) Sorologia para toxoplasmose IgM e IgG positiva da mãe e apenas IgG positiva da criança.
- e) Criança em investigação para toxoplasmose congênita já com 1 ano de idade e ainda presença de IgG positiva na sorologia para toxoplasmose.

10) Menina de 10 anos foi atendida no PA de hospital de emergência com história de febre que persiste há 6 dias associada à artralgia em tornozelo direito, com edema e dor além de limitação de sua deambulação. Ao exame físico apresentava-se com temperatura axilar de 36,8 °C, pálida 1+/4+, eupneica e na ausculta cardíaca apresentava sopro sistólico +/4+ em borda esternal esquerda no 3.º espaço intercostal, frequência cardíaca de 130 bpm. Exames laboratoriais: VHS= 72mm/1ªhora, PCR= 18mg/dL, hemograma: hemoglobina= 10,7g/dL, leucócitos: 16.000/mm³, segmentados= 89,2%, linfócitos= 5,6%, plaquetas= 180.000/mm³, ASLO= 500 UI/dL. Levando-se em conta a possibilidade de termos uma paciente com suspeita diagnóstica de doença reumática, assinale a seguir, a alternativa **CORRETA**:

- a) Embora possa ocorrer como manifestação isolada da febre reumática, a Coréia de Sydenham se apresenta com frequência associada à cardite clínica ou subclínica.
- b) Os AINES não apresentam bons resultados no controle da artrite.
- c) Tanto o ASLO como a alfa-1-glicoproteína ácida elevadas, são critérios maiores de Jones para o diagnóstico de febre reumática.
- d) Na fase aguda, a lesão cardíaca mais frequente é a estenose mitral.
- e) Nas crianças com sequelas cardíacas, a profilaxia secundária vai até os 20 anos.

11) Genitores de uma criança de cinco anos de idade com diagnóstico de doença sem prognóstico e em fase terminal, solicitam ao médico assistente da UTI para interromper o tratamento e qualquer procedimento e iniciar estratégias para abreviar a vida do paciente. Para tanto, assinariam todos os documentos necessários de consentimento. O médico assistente, porém, informa à família que não poderá fazer tal acordo. Por tal atitude, o médico acaba sendo denunciado pelos pais ao Conselho de Medicina de seu Estado. Segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e o Código de Ética Médica (CEM) vigentes, o médico:

- a) Está correto, pois não há clareza sobre o tema no CEM no ECA, prevalecendo sua autonomia em decidir.
- b) Está certo, pois é vedado ao médico abreviar a vida do paciente, mesmo que com consentimento livre e esclarecido assinado pelos pais.
- c) Está errado, já que o médico desrespeitou a vontade do paciente ou seu representante legal diante de doença sabidamente terminal.
- d) Transgrediu o CEM, pois a abreviação da vida, neste caso, é considerada ortotanásia.
- e) Agiu corretamente, pois seguiu os ditames de sua consciência, apesar de não haver proibição legal.

12) Lactente de seis meses deu entrada na urgência com coriza, febre e tosse há sete dias. Foi diagnosticada com pneumonia e prescrita amoxicilina. Após 72 horas, não apresentou melhora e foi encaminhada para admissão em UTI para monitorização e suporte. Ao exame, apresentava-se em estado geral comprometida e dispneica, FR: 58irpm e com tiragem intercostal. Na radiografia de tórax havia condensação em base de lobo inferior direito e derrame pleural no mesmo lado. O agente etiológico mais provável é:

- a) *Staphylococcus aureus*.
- b) *Chlamydia pneumoniae*.
- c) *Mycoplasma pneumoniae*.
- d) *Streptococcus pneumoniae*.
- e) *Haemophilus influenzae* tipo b.

13) Recém-nascido (RN) a termo, dentro das primeiras horas de vida, evoluiu com cianose intensa sendo necessário oxigenioterapia em altas concentrações. No membro superior direito, a saturação era 95% e no membro inferior esquerdo, 85% quando o RN estava submetido a uma FiO₂ de 80%. O diagnóstico mais provável é:

- a) Transposição de grandes vasos.
- b) Doença de membrana hialina.
- c) Estenose pulmonar grave.
- d) Tetralogia de Fallot.
- e) Hipertensão pulmonar do recém-nascido.

14) Lactente de cinco meses, sem histórico de doença anterior, dá entrada na emergência com febre (38°C) referida há três dias, além de tosse, coriza e irritabilidade. Há um dia apresenta-se também com vômitos, palidez cutânea e sudorese. Exame físico: FR: 42irpm, FC: 187bpm (em repouso), t.ax: 37,2°C, sopro cardíaco: 1+/6+, fígado: 3cm do RCD; na ausculta pulmonar há estertores subcrepitantes e ausência de sibilos. Radiografia de tórax: cardiomegalia, congestão hilar moderada. O diagnóstico **MAIS PROVÁVEL** é:

- a) Miocardite aguda.
- b) Bronquiolite viral aguda.
- c) Taquicardia supraventricular.
- d) Endocardite bacteriana subaguda.
- e) Insuficiência cardíaca congestiva secundária à pneumonia bacteriana.

15) Escolar, oito anos, encontra-se em fase de terminalidade de sua doença. Ao considerar os aspectos bioéticos sobre Cuidados Paliativos Pediátricos, podemos **AFIRMAR**:

- a) Considerando a proporcionalidade terapêutica, todos os esforços devem ser mantidos enquanto o menor estiver vivo.
- b) Desconsiderar manter o tratamento neste caso equivale a eutanásia, o que é proibido legalmente no Brasil.
- c) As intervenções que não controlam a doença devem ser evitadas.
- d) Pela ótica do princípio da justiça, não podemos deixar de insistir no tratamento, considerando que o paciente sendo criança não é legalmente capaz de manifestar a sua autonomia.
- e) Não se pode considerar a terminalidade da vida na pediatria, levando em conta a alta expectativa de vida.

16) Durante um transporte de um escolar de 07 anos com intubação endotraqueal e ventilação mecânica com ventilação positiva, a criança moveu a cabeça e apresentou cianose e bradicardia. Após retirada da criança do circuito e ventilação manual com bolsa através do tubo, a coloração melhorou. Ruídos respiratórios e expansão torácica estão presentes no lado direito e diminuídos ou ausentes do lado esquerdo. Não há sinais de desvio da traqueia ou turgência jugular. Um cateter de aspiração passa facilmente pelo tubo endotraqueal. A causa **MAIS PROVÁVEL** desta piora aguda da criança é:

- a) Pneumotórax hipertensiva à direita.
- b) Obstrução do tubo traqueal.
- c) Falha do equipamento.
- d) Deslocamento do tubo traqueal no brônquio principal direito.
- e) Alteração de pressão devido ao transporte.

17) No paciente que necessita de internação em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, o uso de dexmedetomidina visa promover a sedação. Refere às medicações alfa-2-agonista, podemos **AFIRMAR** que promovem:

- a) Sedação, analgesia, hipnose e amnésia.
- b) Sedação, porém não analgesia ou hipnose.
- c) Analgesia, porém não sedação ou ansiólise.
- d) Analgesia e bloqueio muscular.
- e) Sedação e depressão respiratória significativa.

18) Paciente de 7 anos comparece ao PA (pronto atendimento) com taquipneia e sonolência. Durante exame físico é verificada taquicardia e MV + (murmúrio vesicular presente) em ambos os hemitórax. Durante anamnese genitora informa que nos últimos meses vem apresentando polidipsia. Após avaliação de glicemia e gasometria você diagnostica cetoacidose diabética. Avalie qual das alternativas abaixo é a **CORRETA**:

- a) Não está descartado o diagnóstico de asma, podendo-se fazer prova terapêutica com B2 inalatório.
- b) Deve ser iniciado tratamento com insulino-terapia. Importante termos atenção com o sódio, já que é o eletrólito que mais sofre alteração na acidose e uso de insulina.
- c) Numa nova coleta de gasometria realizada com intervalo de 2 horas, caso o pH altere de 7,05 para 7,0 e glicemia a de 320mg/dl para 80mg/dl é mais prudente reduzir velocidade de insulina para evitar uma queda súbita da glicemia e edema cerebral.
- d) Elevação da amilase é algo que não ocorre na cetoacidose diabética. Nesse caso, o diagnóstico é afastado e cogitada hipótese diagnóstica de pancreatite.
- e) A normalização do pH ácido para normal tende à hipocalemia.

19) Criança de 8 anos previamente hígida é levada pelos pais para atendimento de pediatra com história de palidez e sonolência. Hemograma colhido demonstra, entre outros, os seguintes resultados: Hb 6,7; leucócitos 148.000; plaquetas 55.000. Marque a alternativa **CORRETA**:

- a) Trata-se de um quadro infeccioso, devendo ser internada para uso de antibióticos.
- b) Podemos estar diante de uma leucemia, e nesse caso, a transfusão de concentrado de hemácias é nossa prioridade para melhorar clínica.
- c) Devido à hiperleucocitose, existe o risco de trombose venosa profunda, estando indicado o uso de heparina.
- d) Uma das principais medidas que deve ser adotada é a hiperidratação.
- e) Devemos priorizar a transfusão de plaquetas pelo risco de sangramento.

20) Numa passagem de plantão em uma UPA, você toma conhecimento de um paciente que se encontra com suspeita de ME (morte encefálica) por acidente automobilístico. Está em uso de altas doses de DVA (drogas vasoativas) e elevados parâmetros ventilatórios. Marque a alternativa **INCORRETA**:

- a) Para prosseguir com o preenchimento do Termo de Declaração de Morte Encefálica é preciso que o paciente esteja com temperatura maior que 35°C.

- b) Para o fechamento de um Termo de Declaração de Morte Encefálica a causa do coma não é exigida, já que a avaliação dos dois examinadores e o exame complementar são suficientes.
- c) Para o paciente acima, caso tenhamos todos os dados necessários para abertura do protocolo de ME devemos fazê-lo, sem necessidade de transferi-lo para UTI (Unidade de Terapia Intensiva).
- d) Caso o Termo de Declaração de Morte Encefálica seja conclusivo para ME, em o paciente não sendo doador de órgãos devemos proceder desligamento dos aparelhos e drogas, independente da vontade dos familiares.
- e) Caso o paciente acima venha a falecer, o atestado de óbito deve ser fornecido pelo IML.

21) Com relação ao “erro médico” marque a alternativa **CORRETA**:

- a) Um médico que se nega a realizar um atendimento é considerado imprudente.
- b) Em caso de trabalho excessivo, apenas o médico é penalizado. O hospital não será responsabilizado.
- c) Na situação em que seja constatado trabalho excessivo, o hospital e o profissional médico serão responsabilizados.
- d) O hospital não é penalizado pelo erro quando o número de atendimentos está acima da capacidade do serviço.
- e) Numa situação de um Cirurgião geral realizar um procedimento em uma criança, mesmo que com a técnica adequada, caracteriza-se uma imperícia.

22) Menor internado há 23 dias por complicações de apendicite aguda é levado novamente ao BC (Bloco Cirúrgico). Cavidade abdominal com presença de necrose e peritonite. Diante dos esquemas antimicrobianos abaixo e possibilidade de infecção por gram neg e anaeróbio, escolha a **MELHOR OPCÃO** dentre as abaixo.

- a) Metronidazol e cefalexina.
- b) Piperacilina-tazobactam.
- c) Amicacina e Cefepime.
- d) Ciprofloxacino e Gentamicina.
- e) Vancomicina e fluconazol.

23) Considere as afirmações abaixo sobre DHE (Distúrbios Hidroeletrólíticos) e marque a alternativa **CORRETA**:

- a) Solução isotônica deve ser priorizada em relação às hipotônicas, tendo em vista os seus benefícios, entre eles o de menor probabilidade em causar edema e hiponatremia, respeitando as contraindicações.
- b) A solução polarizante deve ser utilizada quando temos potássio acima de 5,5 meq/l.
- c) A utilização do cálcio nas hiperpotassemias visa principalmente a redução do potássio plasmático.
- d) Variações de sódio entre 8 e 18meq/l são seguras, caso ocorra em um período de não menos que 24h.
- e) Uma alteração frequentemente encontrada no EEG nas hipopotassemias é a “onda tem tenda”.

24) Vítima de estupro, do sexo feminino e 14 anos é levada à emergência hospitalar. Marque a **CONDUTA IMPERATIVA** a ser tomada abaixo.

- a) Solicitar Hbs Ag.
- b) Prescrever anticoncepção de emergência.
- c) Não notificar conselho tutelar e sim chamar a polícia.
- d) Realizar exame ginecológico.
- e) Pesquisar sífilis.

25) Os sopros cardíacos inocentes, também chamados de sopro funcional, são decorrentes de estruturas cardiovasculares na ausência de anormalidade anatômica, é **CORRETO** afirmar:

- a) Os sopros inocentes são incomum na infância e geram muita preocupação entre os médicos pediatras.
- b) Os sopros inocentes são acentuados ou revelados em um estado de alto débito, como uma doença febril.
- c) Sopro cardíaco associado a cianose e aumento da área cardíaca geralmente é inocente.
- d) O sopro carotídeo é o sopro inocente mais comum e é produzido pela turbulência nas artérias braquiocefálica ou carótida.
- e) Frente a um sopro com característica de inocente ao exame físico não é mais necessário investigação mínima.

26) A febre reumática constitui uma causa comum de doença cardíaca em países em desenvolvimento, é **CORRETO** afirmar:

- a) A hipótese diagnóstica é formulada a partir dos critérios de Duke, considerando critérios maiores e menores.
- b) Títulos elevados de antiestreptolisina O (ASLO) é critério maior para o diagnóstico de Febre Reumática.
- c) A coreia de Sydenham é um transtorno neuropsiquiátrico e não pode ocorrer como a única manifestação da febre reumática.
- d) A cardiomegalia à radiografia de tórax é indicativo da gravidade da cardite reumática ou de insuficiência cardíaca congestiva.
- e) A profilaxia secundária apenas é necessária na presença de cardite reumática ou coréia de Sydenham.

27) As arritmias cardíacas na infância, caso negligenciado, pode levar a um quadro de disfunção cardíaca grave. Analise as alternativas abaixo:

- I - A taquicardia sinusal é a forma mais frequente e comum de taquicardia na infância e é geralmente secundária a um problema clínico como: febre, desidratação e choque.
- II - É possível afirmar que toda taquicardia de QRS largo tem origem no território ventricular.
- III - As taquicardias supraventriculares podem responder ou não ao tratamento com adenosina, apesar de dose administrada corretamente.

Em relação às afirmativas acima, são **CORRETAS**:

- a) I, II e III.
- b) II e III.
- c) I e III.

- d) Apenas I.
- e) I e II.

28) O Teste do Coraçãozinho é uma ferramenta importante de triagem na fase neonatal, sobre esse teste é **CORRETO** afirmar:

- a) Com o Teste do Coraçãozinho normal é possível tranquilizar os pais pois afasta o diagnóstico de cardiopatia.
- b) Trata-se de um teste de triagem sendo possível o teste ser alterado apesar da morfologia cardíaca normal.
- c) O Teste do Coraçãozinho é realizado imediatamente após o nascimento a fim de evitar o diagnóstico tardio.
- d) Infelizmente não é possível ser aplicado de rotina em todas as maternidades devido à complexidade da sua execução.
- e) O Teste do Coraçãozinho é o substituto do ecocardiograma fetal quando não realizado durante o pré natal.

29) A cardiopatia congênita tem incidência de 1 a cada 100 nascidos vivos, sendo uma importante causa de mortalidade neonatal. Acerca desse tema é **CORRETO** afirmar:

- a) A Tetralogia de Fallot é uma cardiopatia cianogênica composta por quatro defeitos: Comunicação interatrial, estenose pulmonar infundíbulo valvar, dextroposição da aorta e hipertrofia do ventrículo esquerdo.
- b) Em geral, a comunicação interatrial tem o início dos sintomas mais precocemente se comparado a comunicação interventricular.
- c) Persistência do canal arterial se dá pela comunicação entre as artérias pulmonares favorecendo o hiperfluxo pulmonar e a insuficiência cardíaca.
- d) Comunicação interventricular ampla leva a insuficiência cardíaca de difícil controle medicamentoso, entretanto é necessário que a criança alcance peso mínimo para a cirurgia cardíaca.
- e) A cirurgia cardíaca juntamente com a hemodinâmica pediátrica desempenham um papel muito importante no tratamento corretivo da maior parte das cardiopatias congênitas.

30) A dor torácica é uma causa comum de admissões no pronto atendimento e os dados da anamnese trazem importantes informações acerca dos critérios de gravidade. Das alternativas abaixo qual delas **ESCONDE CRITÉRIOS DE GRAVIDADE** para causa cardíaca:

- a) Adolescente, 15 anos, com queixas de dor torácica esporádica precipitada por estresse.
- b) Escolar, 8 anos, admitido com dor torácica após bola bater na região do tórax em jogo de futebol.
- c) Criança de 10 anos com queixa de dor torácica associada a tosse seca noturna e antecedente pessoal de asma.
- d) Adolescente, 14 anos, trazido pela família devido a dor torácica durante exercício físico associado a síncope.
- e) Escolar, 7 anos, com queixa de dor torácica associada a febre alta há 3 dias, tosse produtiva e dispnéia.