



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO



FUNDAÇÃO UNIVERSITÁRIA PARA O VESTIBULAR



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

CONCURSO PÚBLICO – EDITAL HU Nº 41/2022

Instruções

1. Só abra este caderno quando o fiscal autorizar.
2. Verifique se o seu nome está correto na capa deste caderno e se corresponde à área profissional em que você se inscreveu. Informe ao fiscal de sala eventuais divergências.
3. Verifique se o caderno está completo. Ele deve conter 40 questões de múltipla escolha, sendo 36 questões em português e 04 questões em língua inglesa, todas compostas da raiz da questão e cinco alternativas.
4. Durante a prova, são **vedadas** a comunicação entre candidatos e a utilização de qualquer material de consulta, eletrônico ou impresso, e de aparelhos de telecomunicação.
5. Preencha a folha de respostas com cuidado, utilizando caneta esferográfica de **tinta azul**.
6. Duração da prova: **2h30**. Tempo mínimo de permanência obrigatória: **1h00**. Não haverá tempo adicional para transcrição de respostas.
7. Uma foto sua poderá ser coletada para fins de reconhecimento facial, para uso exclusivo da FUNVEST, nos termos da lei.
8. Ao final da prova, é **obrigatória** a devolução da folha de respostas acompanhada deste caderno de questões.

Declaração

Declaro que li e estou ciente das informações que constam na capa desta prova, na folha de respostas, bem como dos avisos que foram transmitidos pelo fiscal de sala.

ASSINATURA

O(a) candidato(a) que não assinar a capa da prova será considerado(a) ausente da prova.

01

Vilma, 9 anos de idade, é acompanhada no ambulatório por asma e rinite alérgica. Na consulta atual, a mãe refere que Vilma tem sintomas de obstrução nasal, coriza e prurido com mais frequência no outono. Os sintomas ocorrem por 2 a 3 vezes por semana, ao redor de 2 semanas por mês, ficando sem sintomas nas outras semanas. Durante esses períodos, Vilma acorda muitas vezes durante a noite e sente muito sono durante o dia. Não usa nenhuma medicação contínua neste momento. Considerando os dados clínicos, a frequência e gravidade dos sintomas, qual é a classificação da rinite alérgica de Vilma?

- (A) Intermittente moderada/grave.
- (B) Intermittente leve.
- (C) Persistente moderada/grave.
- (D) Persistente leve.
- (E) Persistente sazonal.

02

Matheus, 5 meses de idade, previamente hígido, em aleitamento materno exclusivo, com boa técnica de mamada e boa aceitação. Triagem neonatal (teste do pezinho) sem alterações. Até os 3 meses de vida tinha peso, comprimento e perímetro céfálico (PC) que acompanhavam o escore 0 nos gráficos da OMS. Contudo, na consulta de 4 meses e novamente na consulta de hoje, observa-se que peso, comprimento e PC são os mesmos da consulta de 3 meses. Verifica-se a técnica de medida e conferem-se as medidas mais 2 vezes, chegando à conclusão de que houve mesmo retificação em todas as curvas. Exame clínico sem outras alterações. Baseado nesses achados, assinale a alternativa com a investigação inicial mais adequada:

- (A) Hemograma, ferritina, gasometria venosa, função renal, urina tipo I, urocultura, hormônio tireoestimulante (TSH) e tiroxina livre (T4L).
- (B) Hemograma, ferritina, transaminases, bilirrubinas totais e frações, e sorologias TORCH (toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus e hepatites).
- (C) Hemograma, reticulócitos, urina tipo I, urocultura, gasometria venosa, função renal e hormônio do crescimento (GH).
- (D) Hemograma, urina tipo I, urocultura, gasometria venosa e análise cromossômica por microarranjo de DNA (Microarray).
- (E) Hemograma, ferritina, transaminases, proteína totais e frações, imunoglobulinas, anti-endomílio, IGF1 e IGF-BP3.

03

Sobre as vacinas de rotavírus, atualmente o programa nacional de imunizações do Brasil utiliza uma vacina monovalente com esquema de administração de 2 doses (2 meses e 4 meses de vida) e a rede privada tem disponível uma vacina pentavalente com esquema de administração

de 3 doses (2 meses, 4 meses e 6 meses de vida). Quando comparadas entre si, é correto afirmar:

- (A) A vacina monovalente tem idades máximas de aplicação em cada dose, visando reduzir risco de invaginação intestinal; já em relação à pentavalente, não há essa preocupação.
- (B) A vacina pentavalente tem uma efetividade 20% superior em relação à redução de diarréias graves e óbitos por diarréia em relação a vacina monovalente.
- (C) Ambas têm taxas de efetividade semelhantes quando comparadas em relação à redução da incidência de diarréias graves e redução da taxa de internação.
- (D) Baseado na epidemiologia local, a vacina monovalente se mostrou mais efetiva na América Latina, enquanto a pentavalente é mais efetiva em países europeus.
- (E) A escolha da vacina monovalente em nível populacional é explicada porque, apesar de ser 3 vezes menos efetiva, tem um risco de invaginação 5 vezes menor em relação à pentavalente.

04

Em quais casos a seguir, a realização de teste de provação oral para confirmação do diagnóstico de alergia a proteína do leite de vaca é dispensável?

- (A) Paciente com baixo ganho ponderal, que iniciou recuperação nutricional após a exclusão de leite e derivados da dieta.
- (B) Paciente com suspeita de anafilaxia a proteína do leite de vaca, que tem IgE específica para leite de vaca positiva.
- (C) Paciente com proctocolite alérgica, em aleitamento materno exclusivo, que melhorou após dieta de exclusão materna.
- (D) Paciente com dermatite atópica grave, com IgE específica para proteína do leite de vaca positiva.
- (E) Paciente sibilante recorrente grave, com dermatite atópica e rinite alérgica associadas, que melhorou após a suspensão de leite e derivados.

05

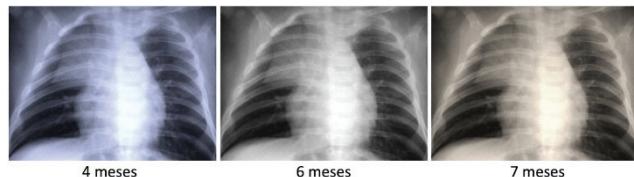
Stefanny, 13 anos de idade, está em seguimento ambulatorial devido ao diagnóstico de asma. Há 1 ano, ela está em uso de formoterol 12 mcg + budesonida 400 mcg, que ela utiliza por dispositivo de cápsula inalante, de 12 em 12 horas, com técnica adequada e excelente aderência. Nos momentos de crise, ela também foi orientada a usar a mesma medicação com maior frequência, até controle dos sintomas. Nos últimos 6 meses, não apresentou tosse ou despertares noturnos devido à asma e não apresentou nenhuma limitação a atividades físicas. Apresentou sintomas de tosse e cansaço devido a um episódio de infecção viral ocorrido há 4 meses, quando usou a medicação de 6 em 6 horas por 5 dias, com resolução completa dos sintomas. Exame clínico atual sem alterações. Na consulta de hoje, baseado na GINA, a conduta mais indicada é:

- (A) Transicionar para corticoide inalatório em dose alta, sem associação com formoterol, como medicação de

- manutenção. Deixar o formoterol associado a budesonida como medicação de resgate em caso de crise.
- (B) Transicionar para corticoide inalatório em dose alta, sem associação com formoterol, como medicação de manutenção. Utilizar o salbutamol como medicação de resgate em caso de crise, sempre associado a algum corticoide inalatório.
- (C) Trocar a medicação para uma concentração menor de budesonida, ainda associada ao formoterol, usando como medicação de manutenção. Utilizar o salbutamol como medicação de resgate em caso de crise, sempre associado a algum corticoide inalatório.
- (D) Trocar a medicação para uma concentração menor de budesonida, ainda associada ao formoterol, usando como medicação de manutenção. Usar a mesma medicação, aumentando a frequência diária de uso, em caso de crise.
- (E) Trocar a medicação pela associação de salmeterol com fluticasona em dose baixa, como medicação de manutenção. Utilizar o salbutamol como medicação de resgate em caso de crise.

06

Pietro, 8 meses de idade, foi encaminhado para investigação ambulatorial de pneumonias de repetição. A mãe refere que já foram 3 pneumonias, conforme as radiografias a seguir. O quadro clínico é sempre de tosse, coriza e febre de até 38,5°C, sendo levado ao pronto socorro, quando é indicado uso de antibiótico. Na primeira vez usou amoxicilina, na segunda vez tomou azitromicina e, na terceira vez, tomou amoxicilina novamente. Nunca teve desconforto respiratório grave e nunca precisou internar. Não apresenta nenhum sintoma entre as pneumonias. Criança nascida de termo, sem intercorrências perinatais, sem outros antecedentes relevantes. Exame clínico atual sem alterações significativas, peso e altura no escore Z = 0 para a idade.



Baseado no quadro clínico e nas imagens radiológicas, indique a conduta mais adequada nesse momento:

- (A) Coletar hemograma, imunoglobulinas e cloro no suor.
- (B) Solicitar tomografia computadorizada de tórax com contraste.
- (C) Encaminhar para broncoscopia diagnóstica.
- (D) Iniciar teste terapêutico com corticoide inalatório por 3 meses.
- (E) Seguimento clínico de rotina, sem necessidade de investigação complementar.

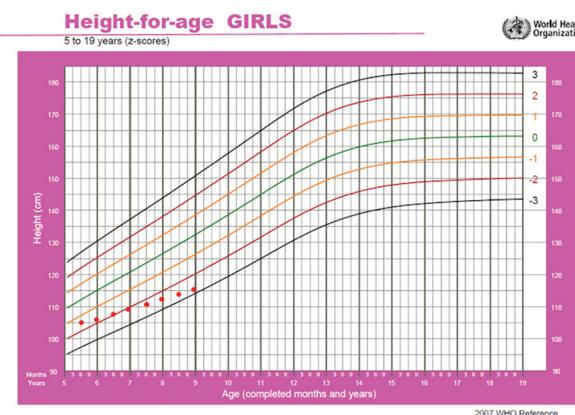
07

Valentina, 1 ano e 6 meses de idade, está em investigação ambulatorial por ter apresentado 3 infecções urinárias febris prévias, todas confirmadas com uroculturas colhidas por sondagem vesical, sendo sempre isolado *E. coli*. Realizada ultrassonografia de rins e vias urinárias, com presença de dilatação moderada de ureter e pelve renal a direita. Frente a esse achado, qual é o exame mais indicado para investigar a causa dessa alteração?

- (A) Ultrassonografia pré e pós-miccional.
- (B) Cintilografia renal com DMSA.
- (C) Uretrocistoscopia.
- (D) Uretrocistografia miccional retrógrada (UCM).
- (E) Tomografia contrastada de pelve.

08

Sonia, 9 anos de idade, está em seguimento ambulatorial de rotina. Trata-se de criança em uso de ácido valproico devido a epilepsia secundária a encefalopatia crônica não progressiva decorrente de anoxia neonatal. Realiza fisioterapia motora e terapia ocupacional, utiliza cadeira de rodas, pois não tem capacidade de deambular, mesmo com apoio. Alimentação equilibrada e balanceada, com boa aceitação após treinamento com fonoaudiologia. Ao exame clínico, sem nenhuma alteração significativa, estágio puberal M1P1. Estatura de 115 cm, segue conforme gráfico apresentado. Na última consulta, há 6 meses, era 113,5 cm. Mãe com estatura de 162 cm e pai com estatura de 175 cm. Em relação à avaliação da estatura da paciente, é correto afirmar que é necessário:



- (A) Realizar radiografia de punho esquerdo para a determinação da idade óssea, para diferenciar entre Baixa Estatura Familiar ou Retardo Constitucional do Crescimento.
- (B) Coletar de hemograma, proteína C reativa, eletrólitos, gasometria venosa, anti-transglutaminase, IgA total, TSH, T4L, IGF-1 e IGF-BP3, cariótipo, pois trata-se de baixa estatura patológica.
- (C) Realizar apenas seguimento de rotina, sem necessidade de nenhum exame adicional, pois se trata de uma Baixa Estatura Familiar e ela atingiu o canal de crescimento estimado pela estatura alvo.
- (D) Utilizar curva específica de acordo com o desenvolvimento motor da paciente, para determinar

- se o crescimento está alterado ou não e, a partir disso, definir alguma conduta.
- (E) Interromper o uso de ácido valproico, pois é uma medicação que pode afetar o crescimento, e contraindicar a fisioterapia motora, visando reduzir o gasto energético, até voltar a ter ganho ponderal adequado.

09

Marcel, 7 anos, veio para consulta de retorno, pois em consulta há 2 semanas, foram notados valores de pressão arterial compatíveis com hipertensão estágio 1. Anteriormente, tinha medidas normais de valores de pressão arterial. Nega comorbidades, internações ou cirurgias prévias. Exame clínico sem alterações, peso e altura no escore Z = 0. Realizada medida de pressão arterial, com uso de manguito adequado, após 5 minutos de repouso, no membro superior direito, encontrado valor de 114 x 74 mmHg. Verificado em tabela apropriada que ambos os valores estão entre percentil 95 e 95+12 mmHg de pressão arterial para o esperado para sexo, idade e altura. Realizadas mais 2 medidas, ainda nesta consulta, seguindo a mesma técnica e encontrados os mesmos valores. Também encontrados valores semelhantes no membro superior esquerdo. Realizada medida no membro inferior, encontrado valor de 124 x 82 mmHg. Assinale a conduta indicada nesse momento:

- (A) Solicitar retorno em 3 meses para confirmar os valores alterados. Orientar mudanças dietéticas, diminuição da ingestão de sódio e realização de atividade física até o retorno.
- (B) Solicitar MAPA (monitorização ambulatorial de pressão arterial) para confirmação diagnóstica. Também coletar urina tipo 1, função renal, eletrólitos e perfil lipídico.
- (C) Solicitar USG Doppler de artérias renais para investigação de causas secundárias. A hipertensão renovascular é a principal causa de hipertensão secundária nessa faixa etária.
- (D) Solicitar angiotomografia computadorizada de aorta torácica e abdominal. A pressão arterial elevada encontrada no membro inferior indica a possibilidade de coarcação de aorta.
- (E) Solicitar coleta de cortisol basal, glicemia de jejum, eletrólitos e dosagem urinária de ácido vanilmandélico. Os dados clínicos são sugestivos de hipertensão devido à feocromocitoma.

10

Ana Carolina, 1 ano e 9 meses de idade, está em consulta de rotina. Sua mãe refere que notou um aumento das mamas nos últimos tempos. Nega pilificação, nega comorbidades, usa apenas ad-til e sulfato ferroso. Ao exame clínico, criança em bom estado geral, estádio puberal M3P1. Faz acompanhamento ambulatorial regular e mantém sua curva de peso e estatura exatamente no escore Z de 0, como já estava nas consultas anteriores, sem

aceleração ou desaceleração do crescimento. A conduta mais indicada é:

- (A) Realizar ultrassonografia de parede torácica, coleta de hemograma, CA-125 e alfa-fetoproteína.
- (B) Solicitar coleta de hormônios tireoidianos, cortisol basal, hormônio de crescimento e prolactina.
- (C) Realizar ultrassonografia de pelve, RNM de crânio e coleta de hormônios luteinizante (LH) e folículo estimulante (FSH).
- (D) Internação compulsória, avaliação do serviço social e psicologia, e notificação ao conselho tutelar e vara da infância e da adolescência.
- (E) Manter seguimento ambulatorial de rotina, com atenção especial à evolução da estatura e ao surgimento de novos marcos puberais.

11

Em um serviço de Emergência Pediátrica a prioridade de atendimento imediato deve ser:

- (A) Adolescente com história de lipotimia 4 horas atrás.
- (B) Escolar, 5 anos de idade, com temperatura axilar de 39°C.
- (C) Pré-escolar, 4 anos de idade, com pressão arterial sistólica de 82 mmHg.
- (D) Lactente, 6 meses de idade, com SatO₂ 93% em ambiente.
- (E) Lactente, 2 anos de idade, gemente.

12

Larissa, de 2 anos, chega ao Pronto Socorro com história de sonolência há 1 dia, seguida por irritabilidade e enrijecimento dos membros, sem febre. Ao exame físico, observa-se criança acordada, chorosa, com hipertonia de membros com rigidez plástica e sinal da roda denteada e desvio da cabeça para a direita. O tratamento de escolha para a principal hipótese diagnóstica é:

- (A) Diazepam
- (B) Flumazenil
- (C) Biperideno
- (D) Hidrato de cloral
- (E) N-acetil-cisteína

13

Edson, 5 meses, chega ao PS com quadro de diarreia e vômitos há 3 dias. Ao exame físico: torporoso, não respondendo a estímulos dolorosos, fontanela bregmática deprimida; pulsos finos e extremidades frias; FR: 63 bpm; FC: 160 bpm; PA: 50x30 mmHg; Dextro: 30 mg/dl. Iniciado oxigenoterapia a 100% com máscara não reinalante. Tentado acesso venoso periférico durante 5 minutos sem sucesso. A melhor conduta quanto ao acesso venoso é:

- (A) Indicar acesso central pela veia jugular direita.
- (B) Indicar acesso central pela veia femoral.
- (C) Indicar intra-óssea.

- (D) Continuar tentando acesso periférico por mais 10 minutos.
 (E) Chamar o cirurgião para venodissecção.

14

Ayla, de 4 meses de idade, é colocada em observação no pronto-socorro por bronquiolite grave. Apresenta-se em regular estado geral, FR: 72 ipm, desconforto respiratório evidente, com saturação de 88% em ar ambiente e 92% no cateter de O₂. Já foi realizada aspiração de vias aéreas superiores, mas a taquipneia e o desconforto respiratório permanecem. Qual das medidas a seguir tem maior benefício no momento?

- (A) Ventilação não invasiva.
 (B) Inalação com adrenalina.
 (C) Inalação com salbutamol.
 (D) Metilprednisolona endovenosa.
 (E) Inalação com ipatrópico.

15

Fabricio, de 5 anos, está realizando tomografia de abdome com contraste para investigar dor abdominal. Durante a realização do exame, apresenta agitação, seguida de vômitos e estridor inspiratório. Simultaneamente à administração de oxigênio de alto-fluxo, monitorização, deve-se proceder à seguinte conduta:

- (A) Difenidramina e hidrocorstisona endovenosos, seguida de inalação com beclometasona.
 (B) Inalação com adrenalina pura, administração de antiemético e solicitação da presença do cirurgião de plantão.
 (C) Inalação com adrenalina, seguida de salbutamol inalatório e metilprednisolona via intravenosa.
 (D) Epinefrina via intramuscular.
 (E) Inalação com adrenalina e Dexametasona via intramuscular.

16

Richard, de 9 anos, é levado ao pronto-socorro com queixa de falta de ar, dor torácica e tontura de início súbito. Na impressão inicial, ele alterna sonolência com agitação, porém, responde a comandos simples, apresenta esforço respiratório e palidez cutânea. A criança é admitida na sala de emergência e recebe monitorização (FC, PA, SatO₂), oxigenoterapia sob máscara não reinalante 15L O₂/min e acesso vascular calibroso.

Avaliação primária:

- A- Vias aéreas pélvias e patentes
 B- Boa expansibilidade torácica, FR: 44/irpm com tiragem intercostal e retração de fúrcula, MV+ bilateralmente sem ruídos adventícios, SatO₂: 92% em ar ambiente
 C-FC: 295/bpm que se mantém independentemente de o menor estar sonolento ou agitado, PA:80/55 mmHg, pulso carotídeo fraco e pulso radial ausente, enchimento capilar de 5 segundos, SpO₂ de 88% em ar ambiente.

O ritmo cardíaco evidenciado no monitor é o seguinte:



Qual o diagnóstico e qual deve ser a conduta imediata?

- (A) Taquicardia sinusal instável. A conduta é oxigenoterapia e administração de solução cristaloide isotônica 20mL/kg, em "bolus".
 (B) Taquicardia supraventricular estável. A conduta é realizar manobras vagais e reavaliar o ritmo após.
 (C) Taquicardia supraventricular instável. A conduta é cardioversão elétrica sincronizada com carga inicial 0,5-1J/kg ou cardioversão farmacológica.
 (D) Taquicardia supraventricular instável. A conduta é desfibrilação elétrica com carga inicial 2J/kg.
 (E) Fibrilação ventricular. A conduta é desfibrilação elétrica com carga inicial 2J/kg.

17

Jade, 18 meses, sem comorbidades, foi admitida no setor de observação clínica do Pronto-Socorro Infantil há 1 hora. Foi trazida pela mãe com história de queda há aproximadamente 30 minutos da entrada no serviço médico. A queda foi presenciada pela mãe, tendo a criança caído da escada (1,0 metro de altura) e sofrido trauma em região frontal do crânio. Apresentou perda de consciência por 5 segundos e 4 episódios de vômitos desde então, sem convulsões, déficits motores ou sangramentos ativos.

Ao exame físico: BEG, corada, hidratada, eupneica, chorosa, mas consolável no colo materno.

FR: 22 ipm; SatO₂: 98% (ar ambiente); FC: 100 bpm; PA: 90x50 mmHg.

MV+ bilateralmente sem ruídos adventícios.

BRNF a 2T sem sopros.

Pupilas isocôricas e fotorreagentes, sem déficits neurológicos ou sinais focais. Presença de hematoma subgaleal em região frontal sem sinais de fratura de crânio. Glasgow 14.

Restante do exame físico sem alterações.

Qual a classificação e o risco segundo o PECARN no trauma crânio-encefálico (TCE) descrito e a conduta adequada diante desse cenário clínico?

- (A) TCE leve. Risco moderado de lesão encefálica. Observação clínica e realização de tomografia de crânio.
 (B) TCE leve. Risco baixo de lesão encefálica. Alta hospitalar com orientações de sinais de alerta
 (C) TCE moderado. Risco baixo de lesão encefálica. Observação clínica.
 (D) TCE moderado. Risco moderado de lesão encefálica. Observação clínica e tomografia de crânio devem ser ponderadas de acordo com a experiência do examinador.
 (E) TCE moderado. Risco alto de lesão encefálica. Tomografia de crânio e avaliação do especialista.

18

Carla, de 5 anos de idade, é admitida em serviço de emergência em PCR, sendo submetida a RCP de alta qualidade. O monitor cardíaco foi instalado e as compressões torácicas foram interrompidas, brevemente, para que o ritmo fosse avaliado. A figura demonstra o ritmo observado no monitor.



Qual deve ser a instrução do líder da equipe após a verificação do ritmo apontado no monitor cardíaco, considerando que o peso estimado da criança é 20 kg?

- (A) "Retornem às compressões torácicas eficazes e apliquem 0,2 mg de epinefrina tão logo seja obtido um acesso vascular (Intravenoso ou intraósseo)."
- (B) "Vamos realizar uma desfibrilação elétrica com a carga de 40J e, após ter sido realizado o choque, retornem imediatamente às compressões torácicas."
- (C) "Vamos realizar uma desfibrilação elétrica com a carga de 40J e, após ter sido realizado o choque, aguardem a reavaliação do ritmo antes de retornarem às compressões torácicas."
- (D) "Retornem às compressões torácicas eficazes e apliquem 100 mg de amiodarona tão logo seja obtido um acesso vascular (Intravenoso ou intraósseo)."
- (E) "Vamos realizar uma cardioversão elétrica sincronizada com a carga de 10J e, após ter sido realizado o choque, retornem, imediatamente às compressões torácicas."

19

Sarah, 11 anos, peso relatado de 40 kg, chegou ao serviço encaminhada da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) com história de fraqueza, episódios repetidos de náusea e vômito, dor abdominal em hipocôndrio bilateral e inapetência há 4 dias com piora no último dia. Relatou polidipsia e poliúria há 7 dias. Negou queixas respiratórias no momento vigente da avaliação, porém referiu sintomas gripais ocorridos por volta de uma a duas semanas antes. Na UPA, apresentou aferição de dextro 574 mg/dl e foi realizada expansão com 1320ml de SF. Não foram coletados exames laboratoriais na unidade. Negava antecedentes mórbidos ou alergias, referiu última refeição há 5 horas da admissão. Foi encaminhada ao nosso Pronto Socorro devido à gravidade do quadro. Na admissão foram colhidos exames: gasometria: pH 7,019; HCO₃ 1,6; BE -27, cetonúria (++) e glicosúria (478 mg/dl) ao EAS e hiperglicemia (glicemia: 613 mg/dl). Foi estabelecido o diagnóstico de cetoacidose diabética (CAD). Ao Exame físico: REG desidratada, pálida, confusa, emagrecida Sat O₂:97%; FR:30; FC:120, perfusão lentificada (maior que 4seg), afebril, sem outras alterações clínicas. Considerando esse caso, pode-se afirmar:

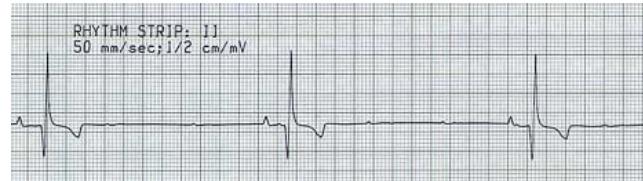
- (A) O tratamento da acidose grave consiste na correção dos níveis de bicarbonato em doses que variam de 1 a

2mEq/kg. A infusão deverá ser realizada em 1 hora, sempre que o pH estiver inferior a 7,1 e o bicarbonato abaixo de 8.

- (B) O edema cerebral é uma complicação rara do CAD, mas pode evoluir para óbito em mais de 40% dos casos. A infusão de grande quantidade de líquido, o uso de bicarbonato, a queda brusca da glicemia e da osmolaridade estão entre os desencadeantes.
- (C) A reposição de fosfato é indicada em casos de hiperosmolaridade para evitar manifestações respiratórias, musculares e neurológicas.
- (D) A infusão contínua de insulina na dose de 0,1U/kg/hora deve ser iniciada precocemente e simultânea à primeira fase de hidratação.
- (E) A expansão com soro fisiológico deve ser suspensa após melhora da diurese.

20

Enzo, 8 anos de idade, previamente epiléptica foi admitida na Sala de Emergência em vigência de crise convulsiva tônico-clônica generalizada. Realizada oxigenoterapia, monitorização e acesso vascular para a dose de Midazolan 0,2mg/kg. Após 30 segundos da administração da droga, a crise convulsiva cessou, porém, a criança passou a apresentar respiração irregular, com baixa amplitude e frequência respiratórias. Fez-se, então, o reposicionamento da cabeça da criança, mantendo via aérea aberta e patente e iniciada ventilação com pressão positiva com bolsa-valva-máscara com FiO₂ 100%. Ao se verificar o monitor cardíaco, observou-se o ritmo apresentado a seguir, a despeito de oxigenação adequada por, aproximadamente, 1 minuto.



Qual deve ser a intervenção imediata?

- (A) Proceder a IOT (intubação orotraqueal) utilizando o rocurônio como bloqueador neuromuscular.
- (B) Iniciar expansão com 20 ml/kg de Soro fisiológico e drogas vasoativas
- (C) Realizar uma dose de flumazenil para reverter a bradipneia secundária ao uso do benzodiazepílico.
- (D) Iniciar RCP e administrar epinefrina na dose de 0,01mg/kg.
- (E) Manter a ventilação com pressão positiva e realizar atropina na dose de 0,02mg/kg.

21

Thales, de 8 anos, com história de tosse e cansaço há 3 dias, afebril, com antecedente de crises de sibilância.

Ao exame físico: REG, FR: 35 com tiragem intercostal, tiragem de fúrcula e batimento de asa de nariz.

Sat O₂: 85% em ar ambiente; FC: 120 bpm; perfusão periférica: 2 segs.
 Otoscopia: sem alterações.
 Orofaringe: leve hiperemia sem exsudato.
 Pulmões: MV globalmente diminuído com expiração prolongada
 Cardiovascular: RCR com BNF a 2 tempos sem sopros.
 A conduta inicial deverá ser:
 (A) Indicar inalação com B2 adrenérgico, sulfato de magnésio e oxigenoterapia.
 (B) Indicar inalação com B2 adrenérgico, corticoide e oxigenoterapia.
 (C) Indicar inalação com soro fisiológico e brometo de ipatrópico, corticóide e solicitar radiografia de tórax.
 (D) Iniciar com terbutalina endovenosa contínua, corticoide e oxigenoterapia.
 (E) Realizar sequência rápida e intubação orotraqueal.

22

Camila, 3 anos de idade, previamente hígida com história de febre, vômitos e lesões na pele há 24 horas, é encaminhada à sala de emergência, pois, à admissão no Pronto-Socorro Infantil, apresentava-se sonolenta e hipoativa, com taquipneia e palidez importante. Durante a avaliação primária, apresentava-se com vias aéreas périvas e patentes.

Ao exame físico:

Pulmões: MV+ bilateralmente sem RA; FR: 40ipm, sem sinais de esforço respiratório e SatO₂:98% (ar ambiente).
 Coração: BR taquicárdicas sem sopros; FC:180bpm, pulso periférico fraco e central palpável; PA:70x40mmHg, ausculta cardíaca sem sopros e ritmo sinusal.

Pupilas isocóricas e fotorreagentes e Dextro:100mg/dl. Apresentava-se febril e com lesões purpúricas em MMII. Feita HD de choque séptico hipotensivo sendo iniciada expansão volêmica e antibioticoterapia. Após 40ml/kg de solução cristaloide, criança mantinha sinais de choque “frio” e hipotensa, porém apresentou piora da frequência respiratória, com presença de EC em ambos os pulmões, além de hepatomegalia dolorosa.

A droga a ser administrada nesse momento é:

- (A) Dobutamina.
- (B) Milrinone.
- (C) Epinefrina.
- (D) Ketamina.
- (E) Norepinefrina.

23

Victor, de 2 anos, previamente saudável é internado com quadro de infecção urinária e bacteremia. Apresenta boa evolução clínica, em uso de antibiótico parenteral de largo espectro. No décimo dia do tratamento passou a apresentar cólica e distensão abdominal, vários episódios de evacuações líquidas com muco e sangue e desidratação grave. Assinale a alternativa que descreve corretamente o

provável diagnóstico, os exames laboratoriais necessários para sua confirmação e o tratamento:

- (A) Alergia ao esquema de antibióticos; hemograma para avaliação de eosinofilia; modificação do esquema de antibióticos.
- (B) Alergia ao leite de vaca induzida pelo uso de antibióticos; modificar a classe de antibiótico; introduzir corticoide.
- (C) Intolerância adquirida à lactose; pesquisa de substâncias redutoras nas fezes; suspensão dos derivados do leite de vaca.
- (D) Parasitose intestinal, parasitológico de fezes; albendazol em dose única.
- (E) Colite pseudomembranosa; pesquisa de toxinas nas fezes; suspensão dos antibióticos em uso.

24

Leticia, de 3 anos, está hospitalizada por síndrome nefrótica em início de tratamento com prednisona 60 mg/m²/dia. Apresenta baixa diurese, edema generalizado com ascite volumosa (anasarca) com piora progressiva da função renal. Na abordagem terapêutica, optou-se pela correção da hipoalbuminemia. Nesse caso, deve-se administrar:

- (A) Albumina a 5% - 0,5 a 1g/kg.
- (B) Albumina a 20% - 0,5 a 1 g /kg.
- (C) Albumina 20% + soro fisiológico.
- (D) Albumina 5% + ringer com lactato.
- (E) Albumina a 5% + soro glicosado a 5%.

25

José Octavio, 6 anos, apresenta febre e tosse persistente há 20 dias. Radiografia de tórax: derrame pleural; ultrassonografia de tórax: derrame pleural com 200 ml de líquido livre. Líquido pleural: 122 células nucleadas, 78% de linfócitos, 20% de neutrófilos, glicose: 40, pH: 7,15 e LDH aumentado. A etiologia mais provável do derrame pleural é:

- (A) *Staphylococcus aureus*.
- (B) *Mycoplasma pneumoniae*.
- (C) *Streptococcus pneumoniae*.
- (D) *Chlamydia pneumoniae*.
- (E) *Mycobacterium tuberculosis*.

26

João Guilherme, de 3 anos, chega ao pronto socorro infantil com suspeita de engasgo há 20 minutos. Encontra-se dispneico e cianótico. Apresenta ausculta pulmonar com MV levemente aumentado do lado esquerdo e hipertimpanismo à direita. O achado radiológico mais provável é:

- (A) Atelectasia com suspeita de corpo estranho em brônquio fonte direito.

- (B) Atelectasia com suspeita de corpo estranho em brônquio fonte esquerdo.
 (C) Hiperinsuflação com suspeita de corpo estranho em brônquio fonte direito.
 (D) Hiperinsuflação com suspeita de corpo estranho em brônquio fonte esquerdo.
 (E) Pneumotórax à direita com pneumomediastino.

27

Sophia, 5 meses, chega ao Pronto Socorro com história de quadro súbito de náuseas, vômito, dor abdominal e presença de sangue e muco nas fezes. Ao exame clínico, encontra-se em REG, hidratada, palidez cutâneo-mucosa, abdome tenso, muito doloroso, ruídos hidroaéreos de timbre metálico e aumentados.

Em relação a esse caso, podemos afirmar:

- (A) O diagnóstico é disenteria bacteriana com indicação de antibioticoterapia sistêmica com cefalosporina de primeira geração.
 (B) A hipótese de invaginação intestinal deve ser considerada, principalmente, se o calendário vacinal estiver correto. Deverá ser feita notificação de reação adversa à vacina de rotavírus.
 (C) A *shigella sp* é o agente mais frequente nestes casos.
 (D) O quadro é altamente sugestivo de alergia a proteína do leite de vaca.
 (E) A coleta de coprocultura e pesquisa de rotavírus são fundamentais para condução do caso.

28

José Paulo, 1 ano, com 12kg, é hospitalizado por diarreia e vômitos com 48 horas de evolução. Exame físico: sinais clínicos de desidratação grave. O tratamento é iniciado com a prescrição de soro fisiológico 20ml/kg em 20 minutos. Essa opção terapêutica é acertada porque o soro fisiológico apresenta:

- (A) Sódio/ litro da solução em valores iguais ao do plasma.
 (B) Cloro/ litro da solução em valores próximos ao do plasma.
 (C) Eletrólitos/ litro da solução em valores próximos aos do plasma.
 (D) Osmolaridade/litro da solução em valores próximos ao do plasma.
 (E) Potássio/ litro da solução em valores próximos ao do plasma.

29

Acompanhando a evolução do quadro de desidratação da questão 28, ao término dos 20 mL/kg de soro fisiológico, decide-se solicitar uma gasometria arterial que indica a existência de acidose metabólica descompensada. A conduta correta a ser adotada é:

- (A) Prescrever soro fisiológico 20 mL/kg em 20 minutos, repetindo essa dose se necessário.

- (B) Prescrever bicarbonato de sódio 8,4% na dose de 1ml/kg para ser infundido em 30 minutos diluídos em soro glicosado 5%.
 (C) Prescrever a próxima etapa da hidratação usando a fórmula de Holliday-Segar com 30 meq de sódio e 20 meq de potássio por litro da solução.
 (D) Prescrever bicarbonato de sódio 8,4% no volume correspondente a 1/2 do valor encontrado como resultado da aplicação da fórmula do excesso de base, diluídos em soro glicosado 5%.
 (E) Prescrever soro fisiológico e soro glicosado a 5% na proporção 1:1 seguindo a regra de Holliday-Segar.

30

As principais vantagens da utilização das pesquisas para vírus respiratórios nas crianças com febre sem sinais localizatórios são:

- (A) A pesquisa de vírus respiratório não traz vantagens nos casos de febre sem sinais localizatórios.
 (B) Redução da necessidade de internação dos recém-nascidos.
 (C) Redução da necessidade de exames adicionais e redução do uso de antimicrobianos.
 (D) Redução da necessidade de internação nas crianças toxemiadas.
 (E) O padrão ouro que é a cultura viral demora vários dias para o resultado.

31

Ismael, 2 meses, é internado na enfermaria de pediatria com suspeita de bronquiolite. Durante a noite apresenta tosse seca, em salva seguida de um episódio de apneia e cianose. A mãe refere que já havia feito esse quadro por pelo menos 2 vezes na noite anterior à internação. Ao exame físico, o lactente está taquipneico FR: 62 ipm, porém sem ruídos adventícios à ausculta pulmonar. Apresenta hemograma com leucocitose de 22.000/mm³, sendo 73% de linfócitos. A mãe está muito preocupada, pois tem dois filhos pequenos, um de 2 anos e outro de 6 anos. Qual a recomendação de profilaxia?

- (A) Realizar uma dose de reforço com a vacina DTP, pois são menores de 7 anos.
 (B) Realizar tratamento com azitromicina da mesma forma que para o caso índice.
 (C) Realizar tratamento com azitromicina somente do caso índice.
 (D) Realizar a profilaxia com a azitromicina somente para os comunicantes que tiverem tosse de qualquer tipo.
 (E) Não há necessidade de profilaxia, pois, após 1 ano de idade, os quadros são leves e não necessitam de tratamento.

32

Ravi, 11 anos, com história de febre não aferida há 6 dias acompanhada de cefaleia holocraniana e mialgia. Apresentou 1 episódio de vômito há 3 dias, sem diarreia. Negou tosse e/ou coriza. Há 2 dias, começou a apresentar

exantema maculopapular difuso em tronco e membros não pruriginosos. Estava em uso de Amoxicilina há 72 h sem melhora da febre. Ao exame físico: BEG, hidratado, febril (37,8°C), ausculta pulmonar e cardíaca normais, FC:100; PA:105x70; FR:18, abdome indolor com fígado a 1cm RCD e baço no RCE, hiperemia em pilares amigdalianos, sem exsudato, sem sinais de irritação meníngea, exantema maculopapular difuso em tronco e MMII e MMSS. São hipóteses diagnósticas:

- (A) Escarlatina, dengue e doença de Kawasaki.
- (B) Mononucleose, doença de Kawasaki e doença meningocócica.
- (C) Escarlatina, enterovirose e mononucleose.
- (D) Doença meningocócica, dengue e enterovirose.
- (E) Mononucleose, enterovirose e dengue.

33

Em relação à anemia falciforme, é **INCORRETO** afirmar:

- (A) A dor é uma das emergências da anemia falciforme (crise álgica) e o tratamento deve ser rapidamente iniciado para evitar danos psicológicos e complicações clínicas como crise a crise vasoclusiva.
- (B) Nos casos de dor intensa, o uso de hidratação endovenosa, associada a uso de anti-inflamatórios não hormonais, morfina endovenosa e dipirona, deverão ser utilizados.
- (C) Os pacientes portadores de anemia falciforme febril têm indicação de internação quando: toxemiados, idade menor que 1 ano de idade, temperatura acima de 39,9°C, radiografia de tórax com imagem de condensação e/ou leucócitos maior que 30.000 ou menor que 4.000/mm³.
- (D) O sequestro esplênico é uma das principais causas de óbito da criança. Está associado à queda de hemoglobina em mais de 2 pontos com queda do número de reticulócitos.
- (E) A administração de gamaglobulina está indicada nas crises aplásicas quando não há resposta após 2 semanas de tratamento com ácido fólico e transfusão de concentrado de hemácias.

34

Mãe procura o Pronto Socorro de pediatria queixando-se de que seu filho, Otto, de 18 dias de vida, está com febre de 38°C há 30 minutos. Não deu medicação em casa. Aleitamento materno exclusivo com boa aceitação. Nascido parto normal, sem intercorrências no berçário ou em casa até o momento. Ao exame: BEG, febril (T:38,5°C), corado, hidratado, eupneico. FR: 56 ipm; FC: 146 bpm. Sem outras alterações. Qual a conduta mais apropriada para esse caso?

- (A) Coleta de Pesquisa de vírus respiratórios com orientação para provável quadro viral e retorno em 48 horas para reavaliação e checagem do resultado do exame.
- (B) Determinação do risco de infecção bacteriana através dos Critérios de Rochester com coleta de hemograma e sedimento urinário.

- (C) Em vista do bom estado geral e da temperatura ser < 39°C, orienta-se o uso de antitérmico e retorno em 24 horas para reavaliação clínica.
- (D) Como a infecção urinária é a infecção bacteriana oculta mais frequente de nessa faixa etária, realiza-se coleta de sedimento urinário e urocultura por cateterização vesical, e, se sedimento urinário normal, orientação de retorno em 24 horas para reavaliação e checagem da urocultura.
- (E) Coleta de hemograma, hemocultura, sedimento urinário, urocultura, líquor (quimiocitológico e cultura), pesquisa de vírus respiratórios e internação com introdução EV de cefalosporina 3^a geração e ampicilina.

35

A violência infantil é considerada um grave problema de saúde pública e um importante fator de morbimortalidade. Sobre negligência e maus tratos na criança e no adolescente, assinale a **INCORRETA**:

- (A) Negligência infantil é a forma menos prevalente de abuso e está presente em todos os níveis socioculturais.
- (B) Negligência consiste em ato de omissão do responsável pela criança ou adolescente em prover as necessidades básicas para o seu desenvolvimento.
- (C) O abandono é considerado uma forma extrema de negligência, salvo se a família não tiver condições financeiras para prover esse cuidado.
- (D) A violência sexual consiste em todo ato ou jogo sexual, relação hetero ou homossexual, imposto à criança ou ao adolescente pela violência física, ameaça ou indução de sua vontade.
- (E) A violência física é definida como uso intencional da força física infligidos a uma criança ou adolescente por seus pais, responsáveis, familiares ou pessoas próximas, com o objetivo de ferir, lesar ou destruir a vítima, deixando ou não marcas evidentes em seu corpo.

36

Joana, 6 meses, tem síndrome genética a esclarecer, encefalopatia hipóxico-isquêmica, alimenta-se por gastrostomia, tem pneumonias de repetição e usa cateter de oxigênio 1 L/minuto em casa. Sobre esse caso, é correto afirmar:

- (A) Doenças oncológicas são aquelas com maior necessidade de cuidados paliativos em pediatria.
- (B) Os cuidados paliativos estão indicados quando não houver possibilidade de terapia modificadora da doença.
- (C) A equipe de cuidados paliativos deve seguir a paciente conjuntamente com a equipe primária.
- (D) A indicação de cuidados paliativos depende do esclarecimento da síndrome genética.
- (E) Se a equipe de cuidados paliativos participar da assistência dessa paciente, registros de “não reanimação” devem estar no prontuário clínico.

RESUMO DE ARTIGO PARA QUESTÕES DE 37 A 40.

BACKGROUND

Evidence regarding the appropriate duration of treatment with antibiotic agents in children with pneumonia in low-resource settings in Africa is lacking.

METHODS

We conducted a double-blind, randomized, controlled, noninferiority trial in Lilongwe, Malawi, to determine whether treatment with amoxicillin for 3 days is less effective than treatment for 5 days in children with chest-indrawing pneumonia (cough lasting <14 days or difficulty breathing, along with visible indrawing of the chest wall with or without fast breathing for age). Children not infected with human immunodeficiency virus (HIV) who were 2 to 59 months of age and had chestindrawing pneumonia were randomly assigned to receive amoxicillin twice daily for either 3 days or 5 days. Children were followed for 14 days. The primary outcome was treatment failure by day 6; noninferiority of the 3-day regimen to the 5-day regimen would be shown if the percentage of children with treatment failure in the 3-day group was no more than 1.5 times that in the 5-day group. Prespecified secondary analyses included assessment of treatment failure or relapse by day 14.

RESULTS

From March 29, 2016, to April 1, 2019, a total of 3000 children underwent randomization: 1497 children were assigned to the 3-day group, and 1503 to the 5-day group. Among children with day 6 data available, treatment failure had occurred in 5.9% in the 3-day group (85 of 1442 children) and in 5.2% (75 of 1456) in the 5-day group (adjusted difference, 0.7 percentage points; 95% confidence interval [CI], -0.9 to 2.4) — a result that satisfied the criterion for noninferiority of the 3-day regimen to the 5-day regimen. Among children with day 14 data available, 176 of 1411 children (12.5%) in the 3-day group and 154 of 1429 (10.8%) in the 5-day group had had treatment failure by day 6 or relapse by day 14 (between group difference, 1.7 percentage points; 95% CI, -0.7 to 4.1). The percentage of children with serious adverse events was similar in the two groups (9.8% in the 3-day group and 8.8% in the 5-day group).

CONCLUSIONS

In HIV-uninfected Malawian children, treatment with amoxicillin for chest-indrawing pneumonia for 3 days was noninferior to treatment for 5 days. (Funded by the Bill and Melinda Gates Foundation; ClinicalTrials.gov number, NCT02678195.)

Ginsburg, A.-S., Mvalo, T., Nkwopara, E., McCollum, E. D., Phiri, M., Schmicker, R., Hwang, J., Ndamala, C. B., Phiri, A., Lufesi, N., & May, S. (2020). Amoxicillin for 3 or 5 Days for Chest-Indrawing Pneumonia in Malawian Children. *New England Journal of Medicine*, 383(1), 13–23. <https://doi.org/10.1056/nejmoa1912400>

37

Em relação ao desenho do estudo, pode-se afirmar que se trata de:

- (A) Ensaio clínico.
- (B) Estudo de coorte.
- (C) Caso-controle.
- (D) Estudo observacional transversal.
- (E) Estudo ecológico.

38

Em relação à metodologia desse estudo, pode-se afirmar:

- (A) É um estudo que define pneumonia baseado em critérios radiológicos.
- (B) É um estudo que define como desfecho primário a falha de tratamento no final do seguimento de 14 dias.
- (C) É um estudo de não-inferioridade com objetivo de determinar que 3 dias de tratamento não é menos eficaz que 5 dias de tratamento.
- (D) O corte de 1,5 vezes de diferença entre os grupos é o corte padrão adotado em pesquisas científicas
- (E) O corte de 1,5 vezes de diferença entre os grupos significa 150% a mais de falha de tratamento no grupo de 3 dias comparado ao de 5 dias.

39

Em relação aos resultados apresentados, é correto afirmar:

- (A) Houve falhas na randomização dos dois grupos, com maior número de indivíduos no grupo de 5 dias de tratamento.
- (B) O resultado comparativo entre os grupos no dia 6 estava dentro da margem de não-inferioridade para tratamento curto.
- (C) Os resultados de não-inferioridade mantiveram-se constantes após 14 dias de seguimento.
- (D) Os números de eventos adversos graves do grupo de tratamento de 5 dias foram maiores do que o de 3 dias.
- (E) Os intervalos de confiança demonstram significância estatística da diferença entre os grupos na avaliação com 6 dias e 14 dias após tratamento.

40

Com base no resumo do artigo, pode-se afirmar sobre a prática clínica:

- (A) As pneumonias bacterianas podem ser tratadas ambulatorialmente com 3 dias de amoxicilina.
- (B) A sorologia para excluir HIV deve ser realizada antes de fazer o tratamento curto.
- (C) Preconiza-se reavaliar o tratamento de pneumonia no sexto e décimo quarto dia.
- (D) Trata-se de um estudo que pode ter envolvido um grande número de lactentes com bronquiolite viral.
- (E) Eventos adversos graves são frequentes no uso de amoxicilina.

RASCUNHO

NÃO SERÁ

CONSIDERADO NA

CORREÇÃO

