



PROCESSO SELETIVO 2026
PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA

005. PROVA OBJETIVA

PRÉ-REQUISITO EM PEDIATRIA

Medicina Intensiva Pediátrica | Oncologia Pediátrica

- Você recebeu sua folha de respostas e este caderno contendo 50 questões objetivas.
- Confira seus dados impressos na capa deste caderno e na folha de respostas.
- Quando for permitido abrir o caderno, verifique se está completo ou se apresenta imperfeições. Caso haja algum problema, informe ao fiscal da sala para a devida substituição desse caderno.
- Leia cuidadosamente todas as questões e escolha a resposta que você considera correta.
- Marque, na folha de respostas, com caneta de tinta preta, a letra correspondente à alternativa que você escolheu.
- A duração da prova é de 3 horas, já incluído o tempo para o preenchimento da folha de respostas.
- Só será permitida a saída definitiva da sala e do prédio após transcorridas 2 horas do início da prova.
- Deverão permanecer em cada uma das salas de prova os 3 últimos candidatos, até que o último deles entregue sua prova, assinando termo respectivo.
- Ao sair, você entregará ao fiscal a folha de respostas e este caderno.
- Até que você saia do prédio, todas as proibições e orientações continuam válidas.

AGUARDE A ORDEM DO FISCAL PARA ABRIR ESTE CADERNO.

Nome do candidato _____

RG _____ Inscrição _____ Prédio _____ Sala _____ Carteira _____

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

PEDIATRIA

01. Recém-nascida (RN), 3 dias de vida, é avaliada em consulta de puericultura. Nascida a termo por parto pélvico, mãe primípara. Ao exame físico, o pediatra observa assimetria discreta das pregas glúteas, mas a abdução dos quadris parece simétrica. O pediatra, com a RN em decúbito dorsal sobre uma superfície firme, com quadris e joelhos fletidos a 90 graus, e pés voltados para si, procede à avaliação da estabilidade dos quadris: com o polegar posicionado na face interna da coxa (trocânter menor) e os dedos na face externa (trocânter maior), o médico realiza um movimento de adução forçada e pressão posterior sobre o fêmur direito. Nesse momento, sente-se uma sensação de deslizamento da cabeça femoral para fora do acetábulo, acompanhada de um discreto “clunk” palpável. Em seguida, o médico mantém os dedos sobre o trocânter maior e o polegar na face interna da coxa. Com o quadril em posição neutra e em leve abdução, ele realiza um movimento de abdução e rotação externa da coxa direita, aplicando uma pressão suave no trocânter maior. Observa-se a reentrada da cabeça femoral no acetábulo, com uma sensação de “click” palpável.

Considerando a técnica, o objetivo e os achados das manobras de avaliação da estabilidade do quadril no RN, qual a interpretação correta desses achados e a conduta subsequente adequada?

- (A) A primeira manobra executada, com o achado de “deslizamento para fora”, é a manobra de Ortolani, indicando um quadril luxado. A segunda manobra, com o “click” de reentrada, é a manobra de Barlow, que demonstra a redução do quadril, um achado fisiológico em crianças nas primeiras semanas.
- (B) A primeira manobra corresponde à manobra de Barlow, que detecta um quadril luxável. A segunda manobra é a de Ortolani, que confirma a redução de um quadril luxado; ambos os resultados são patológicos e justificam a realização imediata de uma ultrassonografia de quadris.
- (C) Os achados são compatíveis com frouxidão ligamentar fisiológica transitória comum em neonatos. A conduta mais apropriada é orientar os pais a evitar enrolar o bebê de forma apertada e agendar nova avaliação clínica em 4 semanas.
- (D) O “clunk” de saída e o “click” de reentrada, embora sejam observados, são inespecíficos para DDQ. A principal conduta deve ser a solicitação de uma radiografia de pelve para investigar a presença de luxação completa do quadril.

02. Um pediatra está revisando os resultados da triagem neonatal de um recém-nascido (RN) a termo, do sexo masculino, com 12 dias de vida. O parto foi vaginal, sem intercorrências. A mãe é primípara, sem histórico familiar de doenças genéticas conhecidas, mas teve uma infecção urinária tratada no terceiro trimestre da gestação. O RN está em aleitamento materno exclusivo, com bom ganho ponderal e exame físico atual sem anormalidades. Os resultados da triagem neonatal (coleta no 3º dia de vida) são os seguintes:

Teste da Orelhinha (Emissões Otoacústicas Evocadas – EAOE): Falha no ouvido direito.

Teste do Pezinho:

TSH: 18 mUI/L (valor de corte para RN a termo: < 10 mUI/L).

Triagem para Fibrose Cística (IRT): 80 ng/mL (valor de corte: < 60 ng/mL).

Triagem para Hemoglobinopatias: Padrão FA (Hemoglobina F e Hemoglobina A presentes).

Considerando a urgência e a especificidade de cada achado da triagem neonatal, qual a conduta crítica e imediata a ser tomada pelo pediatra para esse RN?

- (A) Agendar uma nova triagem auditiva com o mesmo exame (EAOE) para o ouvido direito, em 90 dias, pois uma falha inicial é comum e pode ser transitória.
- (B) Solicitar imediatamente a dosagem de TSH e T4 livre séricos confirmatórios e, se confirmada a alteração, iniciar a terapia de reposição hormonal com levotiroxina o mais rápido possível, pois o atraso no tratamento pode levar a retardo mental irreversível.
- (C) Encaminhar a família para aconselhamento genético e solicitar eletroforese de hemoglobina confirmatória para o RN e os pais, pois o padrão FA no RN é altamente sugestivo de doença falciforme.
- (D) Solicitar o teste do suor para confirmação diagnóstica da fibrose cística, pois o IRT elevado indica alto risco para a doença, e o diagnóstico precoce é fundamental para o início da terapia nutricional e respiratória.

03. O Brasil, em alinhamento com a estratégia global de erradicação da poliomielite, realizou uma importante mudança em seu calendário vacinal a partir de 2025, suspendendo o uso da vacina oral para poliomielite (VOP) na rotina e passando a utilizar exclusivamente a vacina inativada poliomielite (VIP) para o esquema primário e reforços.

Qual o principal motivo para essa transição?

- (A) Aumento da incidência de poliomielite selvagem no Brasil, exigindo uma vacina mais potente.
- (B) Maior eficácia da VIP na prevenção da transmissão intestinal do poliovírus.
- (C) Eliminar o risco de paralisia flácida associada à vacina e à circulação de poliovírus derivados da vacina.
- (D) Dificuldade logística na manutenção da cadeia de frio para a VOP em todo o território nacional.

04. Um lactente vacinado com BCG, há 12 semanas, apresentou uma reação local que evoluiu para uma úlcera com diâmetro de, aproximadamente, 2,5 cm no local da aplicação, que tem durado cerca de 5 semanas. Não há sinais de infecção secundária ou linfadenopatia supurada.

Qual a conduta recomendada para esse evento adverso?

- (A) Acompanhamento clínico, pois úlceras são reações esperadas e regredem espontaneamente.
- (B) Notificação do evento adverso e tratamento com rifampicina.
- (C) Notificação do evento adverso e tratamento com isoniazida.
- (D) Notificação do evento adverso e tratamento com esquema RHE por 6 meses.

05. Escolar, sexo masculino, com 8 anos de idade, com histórico de leucemia linfóide aguda (LLA) diagnosticada aos 4 anos, foi submetido a um Transplante de células-tronco hematopoiéticas (TCTH) alogênico (de doador compatível) há 25 meses. Atualmente, está, há 10 meses, sem imunossupressão e sem sinais de doença do enxerto contra o hospedeiro. Os pais o trazem para a consulta de rotina, ansiosos para “colocar em dia” todas as vacinas, especialmente as que foram contraindicadas durante o tratamento e o período inicial pós-TCTH. O paciente encontra-se clinicamente bem, sem febre ou sinais de infecção, e exames recentes mostram contagem de linfócitos CD4 em ascensão e níveis de IgG sérica dentro dos limites normais para a idade.

Considerando as recomendações para vacinação em pacientes pós-TCTH nos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE), é correto afirmar que a conduta adequada, nesse momento, é

- (A) administrar a primeira dose da vacina Tríplice Viral (SCR), pois o paciente já completou mais de 12 meses pós-TCTH e está sem imunossupressão.
- (B) iniciar o esquema vacinal completo com todas as vacinas inativadas, mas adiar todas as vacinas vivas atenuadas até que o paciente complete 30 meses pós-TCTH.
- (C) administrar a vacina Febre Amarela, pois o paciente já está, há mais de 6 meses, sem imunossupressão, mas não realizar o esquema de reforço da vacina Meningocócica ACWY.
- (D) priorizar a vacinação contra Influenza anualmente e a Pneumocócica conjugada 13-valente, mas adiar todas as outras vacinas até que a imunidade celular do paciente esteja totalmente restabelecida, o que pode levar anos.

06. Escolar, sexo masculino, com 8 anos de idade e diagnóstico de fibrose cística, necessita de vacinação pneumocócica. Ele já recebeu o esquema de rotina com VPC10 na infância.

De acordo com as indicações para vacinação pneumocócica em Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE), qual vacina pneumocócica é indicada para esse paciente no CRIE?

- (A) Apenas a vacina pneumocócica conjugada 10-valente (VPC10).
- (B) Apenas a vacina pneumocócica polissacarídica 23-valente (VPP23).
- (C) A vacina pneumocócica conjugada 13-valente (VPC13).
- (D) A vacina pneumocócica conjugada 15-valente (VPC15).

07. Um recém-nascido (RN) a termo, com 32 horas de vida, nascido de parto vaginal sem intercorrências, filho de mãe saudável, encontra-se em alojamento conjunto, em aleitamento materno exclusivo e clinicamente assintomático. Como parte da rotina de triagem neonatal, é realizado o teste do coraçozinho. Os resultados obtidos são os seguintes:

- Primeira aferição (32 horas de vida):
Saturação de Oxigênio (SpO_2) na mão direita: 94%
 SpO_2 no pé esquerdo: 91%
Diferença entre pré e pós-ductal: 3%
- Segunda aferição (após 1 hora da primeira):
 SpO_2 na mão direita: 93%
 SpO_2 no pé esquerdo: 89%
Diferença entre pré e pós-ductal: 4%

Considerando as diretrizes da Sociedade Brasileira de Pediatria para a triagem neonatal por oximetria de pulso para identificação de cardiopatias congênitas críticas (CCC), qual a interpretação correta dos resultados e a conduta subsequente apropriada?

- (A) O primeiro e o segundo testes são considerados duvidosos, pois a diferença entre os membros atingiu 4%. A conduta mais prudente é realizar um terceiro reteste em mais 1 hora, dada a condição assintomática do RN.
- (B) O primeiro teste é duvidoso e o segundo teste é classificado como positivo para CCC, devido à SpO_2 no membro inferior ser $\leq 89\%$. A conduta imediata é encaminhar o RN para avaliação cardiológica e realização de ecocardiograma urgente, sem alta hospitalar.
- (C) Ambos os testes são negativos, pois a diferença inicial de 3% e a posterior de 4% podem ser atribuídas à fisiologia de transição neonatal e não atingem critérios de alarme para CCC. O RN pode receber alta hospitalar com orientação de sinais de alerta.
- (D) O resultado da segunda aferição indica uma falha da triagem, mas não um teste positivo para CCC, pois a SpO_2 da mão direita está acima de 90%. A conduta adequada é solicitar um hemograma completo e radiografia de tórax para investigar causas pulmonares ou hematológicas da baixa saturação, antes de considerar uma avaliação cardiológica.

08. Pré-escolar, com 5 anos de idade é levada, à consulta de puericultura. A mãe relata que, durante um exame de rotina na escola, foi detectado um sopro cardíaco, o que a deixou muito preocupada. A criança é ativa, sem queixas de dispneia, cianose, dor torácica, palpitações ou fadiga. Seu desenvolvimento neuropsicomotor e ponderoestatural são adequados para a idade. Não há histórico familiar de cardiopatias congênitas ou morte súbita. Ao exame físico, o pediatra ausculta um sopro sistólico ejetivo, de intensidade 2+/6+, melhor audível na borda esternal esquerda alta e na região infraclavicular direita. O sopro é musical, de alta frequência, e sua intensidade varia com a posição (diminui quando sentado e aumenta em decúbito dorsal) e com a fase da respiração (diminui na inspiração profunda). As bulhas cardíacas são normofonéticas, sem desdobramentos fixos ou cliques. Pulsos periféricos são amplos e simétricos.

Considerando a semiologia cardíaca pediátrica e os critérios para diferenciação entre sopros inocentes e patológicos, assinale a afirmativa correta.

- (A) O sopro é altamente sugestivo de uma comunicação interatrial (CIA) pequena, devido à sua localização e variação com a respiração. A conduta é solicitar um ecocardiograma com Doppler colorido para quantificar o shunt e avaliar a necessidade de intervenção.
- (B) Trata-se de um sopro de Still, caracterizado por ser sistólico, ejetivo, musical e variar com a posição e respiração. A conduta é tranquilizar a família, explicar a natureza benigna do achado e não solicitar exames complementares, mantendo o acompanhamento em puericultura.
- (C) A variação do sopro com a posição e a respiração, juntamente com a ausência de sintomas, indica um sopro inocente. No entanto, a intensidade 2+/6+ e a ausculta na região infraclavicular direita levantam a suspeita de estenose pulmonar leve, justificando um eletrocardiograma (ECG) e radiografia de tórax para rastreamento.
- (D) A ausculta na borda esternal esquerda alta e região infraclavicular direita, com variação de intensidade, é compatível com sopro de fluxo pulmonar fisiológico. Contudo, a intensidade 2+/6+ exige um ecocardiograma para descartar uma pequena persistência do canal arterial (PCA) ou comunicação interventricular (CIV) que, embora assintomáticas, podem ter implicações futuras.

09. Lactente, sexo feminino, nascido com 32 semanas de gestação (idade gestacional corrigida de 4 meses), é levado à consulta de puericultura aos 6 meses de idade cronológica. A mãe relata preocupação porque a bebê ainda não senta sozinha e não balbucia sons como mamama ou bababa. Ela também menciona que a bebê não sorri para estranhos e parece muito quieta. Ao exame físico, o pediatra observa que a lactente mantém a cabeça firme, quando puxada para sentar, rola de barriga para cima para barriga para baixo e estende as mãos para pegar objetos, mas não consegue sentar sem apoio. Ela emite sons vocálicos (“aaaa”, “oooo”) e sorri responsivamente para a mãe, mas não para o pediatra. Não há dismorfias ou achados neurológicos focais.

Considerando os marcos do desenvolvimento neuropsicomotor esperados, os fatores de risco da prematuridade e a importância da vigilância do desenvolvimento, qual a interpretação correta dos achados e a conduta apropriada?

- (A) A lactente apresenta um atraso significativo no desenvolvimento motor e de linguagem para sua idade cronológica. Deve-se encaminhar imediatamente para avaliação neurológica e iniciar fisioterapia e fonoaudiologia, pois a prematuridade é um fator de risco importante para atrasos.
- (B) Os marcos de desenvolvimento da lactente estão adequados para sua idade corrigida. A conduta é tranquilizar a mãe, reforçar a estimulação em casa e reavaliar em 1 mês, pois a prematuridade pode justificar uma progressão mais lenta em alguns domínios.
- (C) A falha em sentar sem apoio e a ausência de balbúcio são preocupantes, mesmo para a idade corrigida. Deve-se aplicar uma escala de triagem do desenvolvimento validada (como o Denver II ou ASQ-3) e, se o resultado for alterado, encaminhar para avaliação multidisciplinar, incluindo neurologia, fisioterapia e fonoaudiologia.
- (D) A “quietude” e a falta de sorriso para estranhos, juntamente com o atraso no balbúcio, levantam a suspeita de Transtorno do Espectro Autista (TEA). Deve-se aplicar o M-CHAT-R/F e, se positivo, encaminhar para neuropediatra e iniciar terapia ABA.

10. Lactente, sexo masculino, 5 meses de idade, previamente hígido, chega à emergência com quadro de bronquiolite viral aguda grave. Apresenta frequência respiratória de 75 irpm; tiragem subcostal e intercostal significativas; batimento de asa de nariz e saturação de oxigênio (SpO_2) de 89% em ar ambiente. Após 15 minutos de oxigenoterapia com cateter nasal convencional a 2 L/min; a SpO_2 evolui para 92%; mas o esforço respiratório persiste intenso. A equipe decide iniciar oxigenoterapia por cateter nasal de alto fluxo (CNAF). O pediatra ajusta o CNAF para um fluxo de 6 L/min; FiO_2 de 40%; temperatura de 37 °C e umidificação a 100%. Após 30 minutos, o bebê apresenta melhora do esforço respiratório; FR de 50 irpm e tiragem leve, mas a SpO_2 oscila entre 93 e 94%. O médico nota que o paciente ainda apresenta leve gemência.

A partir do exposto, assinale a alternativa correta sobre os fenômenos envolvidos na melhora do paciente e sobre as próximas condutas indicadas.

- (A) A melhora do esforço respiratório é primariamente atribuída ao *washout* do espaço morto nasofaríngeo e à redução da resistência inspiratória. Para otimizar o suporte, o pediatra deve considerar aumentar o fluxo do CNAF em incrementos de 1 L/min, monitorando a resposta clínica, pois o fluxo é o principal determinante do efeito de pressão positiva nas vias aéreas, que não é diretamente mensurável.
- (B) O CNAF funciona como um CPAP de baixo nível, gerando uma pressão positiva constante e mensurável nas vias aéreas. Para otimizar a ventilação, o pediatra deve ajustar a PEEP diretamente no aparelho, visando a 5 cmH_2O , pois a gemência indica PEEP insuficiente.
- (C) A principal vantagem do CNAF é a entrega de FiO_2 precisa e aquecida. Para atingir a SpO_2 alvo de 95-98%, o pediatra deve aumentar a FiO_2 para 60%, pois a hipoxemia residual é a preocupação mais urgente e a gemência é um sinal de hipoxemia.
- (D) A umidificação a 100% é crucial para prevenir lesões de mucosa nasal, mas o fluxo de 6 L/min é excessivo para um lactente de 6 meses, podendo causar barotrauma. O fluxo deve ser reduzido para 4 L/min para evitar complicações, mantendo a FiO_2 atual.

11. Lactente, sexo masculino, 24 meses de idade, é levado à consulta de puericultura pela mãe, que expressa preocupação com o desenvolvimento da criança. Ela relata que o filho não responde quando chamado pelo nome, não faz contato visual direto e não aponta para objetos de interesse. Ele prefere brincar sozinho, alinha seus carrinhos em fileiras e se incomoda intensamente com mudanças na rotina, como as férias que passou com a família na casa da avó. A mãe também observa que ele tem um vocabulário limitado a poucas palavras isoladas e não combina duas palavras. No entanto, ele consegue pegar pequenos objetos com a pinça, anda sem dificuldade e, ocasionalmente, imita sons de animais. Ao exame, o pediatra tenta interagir com a criança, que desvia o olhar, não responde ao nome e não demonstra interesse em brinquedos oferecidos, exceto por um carrinho que ele vira de cabeça para baixo para girar as rodas repetidamente. A mãe menciona que o pai da criança tem um histórico de dificuldades sociais e interesses restritos.

Considerando as informações apresentadas, assinale a alternativa correta sobre esse caso.

- (A) Os achados são sugestivos de um atraso global do desenvolvimento, mas não necessariamente de Transtorno do Espectro Autista (TEA), pois a criança apresenta algumas habilidades motoras e de imitação. A conduta inicial deve ser encaminhar para fonoaudiologia e terapia ocupacional para estimulação, reavaliando em 3 meses.
- (B) A criança apresenta múltiplos sinais de alerta para TEA, incluindo déficits persistentes na comunicação social e padrões restritos e repetitivos de comportamento. A conduta mais apropriada é aplicar imediatamente uma ferramenta de triagem específica para TEA, como o M-CHAT-R/F, e, se o resultado for positivo, encaminhar para avaliação diagnóstica multidisciplinar.
- (C) A preferência por brincar sozinho e o alinhamento de objetos são comportamentos comuns em crianças pequenas e não indicam necessariamente TEA. A conduta deve ser tranquilizar a mãe, orientar sobre a importância da interação social e reavaliar o desenvolvimento da linguagem em 6 meses, pois o atraso na fala é a principal preocupação.
- (D) O histórico familiar de dificuldades sociais do pai, combinado com a falta de contato visual e a preferência por brincar sozinho, sugere um Transtorno de Comunicação Social. A conduta é encaminhar para fonoaudiologia e terapia de interação social, sem necessidade de avaliação para TEA nesse momento.

12. Um pediatra atende um adolescente de 16 anos, que procura a consulta sem a presença dos pais ou responsáveis legais. O adolescente relata estar enfrentando questões de saúde mental relacionadas ao estresse e solicita confidencialidade no atendimento, expressando preocupação de que seus pais não entendam a sua situação. O médico identifica a necessidade de psicoterapia, sem necessidade de tratamento farmacológico. Considerando o Código de Ética Médica e as diretrizes para o atendimento de adolescentes, qual a conduta apropriada para o pediatra nessa situação?

- (A) Iniciar o tratamento recomendado, respeitando a confidencialidade solicitada pelo adolescente, sem a necessidade de consentimento dos pais; o adolescente deve ser incentivado a não envolver a família no tratamento, o que funcionaria como um elemento mais ansiogênico para o paciente.
- (B) Recusar o tratamento até que o adolescente retorne acompanhado pelos pais ou responsáveis legais, garantindo que o consentimento informado seja obtido de acordo com as normas éticas e legais.
- (C) Comunicar imediatamente aos pais do adolescente sobre a consulta e as recomendações de tratamento, independentemente do pedido de confidencialidade, priorizando o bem-estar do menor.
- (D) Avaliar a capacidade do adolescente para tomar decisões informadas sobre seu tratamento, considerando a possibilidade de consentimento informada diretamente pelo adolescente, conforme previsto em situações específicas pela legislação e pelo Código de Ética Médica.

13. Pediatra atende um parto prematuro de 33 semanas e 4 dias realizado devido a complicações maternas. O recém-nascido apresenta-se com apneia e frequência cardíaca abaixo de 60 bpm ao nascimento. Após a recepção, estímulo tátil e avaliação inicial, não há melhora na frequência cardíaca ou início da respiração espontânea. Com base nas diretrizes de reanimação neonatal mais recentes, qual é a sequência correta de ações que devem ser tomadas, imediatamente, para a reanimação desse neonato prematuro?

- (A) Iniciar ventilação com pressão positiva (VPP) utilizando ar ambiente, avaliar a frequência cardíaca após 30 segundos e, se permanecer abaixo de 100 bpm, iniciar compressões torácicas.
- (B) Administrar oxigênio a 100%, imediatamente, por meio de máscara e balão, iniciar compressões torácicas simultaneamente com ventilação com pressão positiva (VPP) na proporção de 3:1 e reavaliar após 60 segundos.
- (C) Iniciar ventilação com pressão positiva (VPP) utilizando FiO_2 de 30%, ajustar a FiO_2 com base na oximetria de pulso e, se a frequência cardíaca permanecer abaixo de 60 bpm após 30 segundos, iniciar compressões torácicas.
- (D) Realizar intubação traqueal imediata para garantir uma via aérea segura, iniciar ventilação com pressão positiva (VPP) com oxigênio a 100% e, se não houver resposta, considerar a administração de adrenalina intravenosa.

14. Recém-nascido (RN) do sexo feminino, nascido de parto vaginal na 34ª semana e 2 dias de gestação, é avaliado na sala de parto. A mãe, primigesta, teve pré-natal com diagnóstico de pré-eclâmpsia leve a partir da 30ª semana, controlada com medicação. Não houve outras intercorrências. Ao nascer, o RN apresenta os seguintes dados antropométricos:

Peso: 1.850 g

Comprimento: 42,0 cm

Perímetro Cefálico (PC): 31,5 cm

Adote: Intergrowth-21st para sexo feminino, 34 semanas e 2 dias de gestação, valores aproximados para fins da questão):

Peso:

- Percentil 3: ~1.950 g
- Percentil 10: ~2.100 g
- Percentil 50: ~2.400 g

Comprimento:

- Percentil 3: ~43,5 cm
- Percentil 10: ~44,5 cm
- Percentil 50: ~46,0 cm

Perímetro Cefálico (PC):

- Percentil 3: ~30,5 cm
- Percentil 10: ~31,0 cm
- Percentil 50: ~32,0 cm

Considerando a idade gestacional (IG) ao nascer e utilizando as curvas de referência Intergrowth-21st para classificação do RN ao nascer, qual a classificação desse RN e a implicação clínica relevante?

- (A) O RN é classificado como pré-termo tardio (PTT) e Pequeno para a Idade Gestacional (PIG) simétrico, indicando um comprometimento precoce e prolongado do crescimento intrauterino, com maior risco de morbidade neonatal e neurodesenvolvimento.
- (B) O RN é classificado como pré-termo tardio (PTT) e Pequeno para a Idade Gestacional (PIG) assimétrico, sugerindo um comprometimento do crescimento mais tardio na gestação, com risco aumentado de hipoglicemia e policitemia no período neonatal.
- (C) O RN é classificado como pré-termo moderado e Adequado para a Idade Gestacional (AIG), pois seu peso está próximo do percentil 10 para a idade gestacional, e a pré-eclâmpsia materna não necessariamente implica restrição de crescimento.
- (D) O RN é classificado como pré-termo tardio (PTT) e Pequeno para a Idade Gestacional (PIG) com comprometimento desproporcional do PC, o que indica um prognóstico neurológico desfavorável e a necessidade de monitoramento intensivo para hidrocefalia.

15. Lactente, 7 meses e 15 dias de idade, nascido a termo, é trazido à consulta de puericultura. Ao exame físico, o pediatra realiza a pesquisa dos reflexos primitivos:

- Ao simular uma queda súbita da cabeça do lactente para trás, ele abduz e estende os braços, abre as mãos, seguido de adução e flexão dos braços, e chora.
- Ao girar a cabeça do lactente para um lado, o braço e a perna do lado para onde a face está voltada estendem-se, enquanto os membros do lado oposto fletem.
- Ao estimular a planta do pé do lactente, ele flexiona os dedos e “segura” firmemente o dedo do examinador.

Considerando a idade do lactente, a pesquisa dos reflexos primitivos e a idade esperada para o desaparecimento desses reflexos, qual a interpretação dos achados e a conduta subsequente apropriada?

- (A) A persistência do reflexo de Moro e do Reflexo Tônico Cervical Assimétrico (RTCA), aos 7 meses de idade, é um achado normal, pois esses reflexos podem persistir até os 8-9 meses em lactentes com desenvolvimento motor típico. A conduta será apenas expectante.
- (B) A persistência do reflexo de Moro e do Reflexo Tônico Cervical Assimétrico (RTCA), aos 7 meses, sugere um atraso no desenvolvimento motor. A conduta é realizar uma completa avaliação neurológica.
- (C) A persistência do reflexo de Moro é preocupante, mas a presença do reflexo Tônico Cervical Assimétrico (RTCA), aos 7 meses, não gera preocupação para disfunção neurológica, indicando apenas um desenvolvimento atípico, que deve ser reavaliado em 30 dias, após estimulação vigorosa da criança.
- (D) A persistência do reflexo de Prensão Plantar, aos 7 meses, é o achado mais preocupante. A conduta é solicitar uma ultrassonografia transfontanelar para descartar lesões cerebrais e iniciar fisioterapia motora.

16. Um recém-nascido (RN) a termo, peso de 3.800 g, adequado para a idade gestacional (AIG), filho de mãe com diabetes mellitus gestacional (DMG) bem controlada com dieta e insulina, está com 4 horas de vida. O RN foi monitorado para glicemia capilar conforme protocolo:

2 horas de vida: glicemia capilar de 42 mg/dL. O RN estava ativo, boa sucção ao seio materno. Foi estimulada nova mamada.

4 horas de vida: glicemia capilar de 49 mg/dL. O RN permanece ativo, com boa pega e sucção ao seio materno, sem apresentar tremores ou dificuldade respiratória.

Nesse contexto, qual a conduta apropriada nesse momento?

- (A) Iniciar infusão intravenosa (IV) de glicose a 10% com taxa de infusão de glicose (TIG) de 6 mg/kg/min, pois a glicemia não se normalizou após as mamadas iniciais e o objetivo é manter a glicemia acima de 50 mg/dL para prevenir danos neurológicos.
- (B) Administrar imediatamente gel de dextrose a 40% (200 mg/kg na mucosa oral), estimular nova mamada ao seio e verificar a glicemia capilar em 30-60 minutos, com o objetivo de manter a glicemia acima de 47 mg/dL.
- (C) Aumentar a frequência das mamadas a cada 1-2 horas, reavaliando a glicemia capilar em 1 a 2 horas, pois o RN está assintomático e o aleitamento materno exclusivo deve ser prioritário, sendo a meta, para RN assintomático com 4 horas de vida, uma glicemia acima de 35 mg/dL.
- (D) Iniciar complementação com fórmula infantil e reavaliar glicemia em 1 hora, pois o aleitamento materno não está sendo eficaz na manutenção da glicemia, e a fórmula oferece um aporte calórico mais consistente.

17. Recém-nascido (RN) a termo cuja mãe, com 25 anos, teve um pré-natal irregular, com sorologia para sífilis positiva (VDRL 1:16) na 28ª semana de gestação, quando recebeu tratamento com penicilina benzatina (2,4 milhões UI, IM, dose única) na 30ª semana, mas não retornou para a segunda dose prevista para a 34ª semana. O RN nasceu com 38 semanas, peso de 3.000 g, sem malformações aparentes. O exame físico inicial é normal. Os exames realizados no RN incluem VDRL no sangue periférico de 1:8.

A partir dessas informações, qual a correta interpretação dos achados e a conduta apropriada?

- (A) O RN é considerado infectado e sintomático, pois o VDRL 1:8 é um título quatro vezes maior que o materno (1:2), e o TR positivo confirma a infecção. A conduta é iniciar tratamento com penicilina cristalina IV por 10 dias.
- (B) O RN é assintomático, mas o VDRL 1:8 sugere transmissão vertical e infecção congênita. A conduta é realizar apenas o hemograma e o exame do líquido (LCR) para avaliar a presença de neurosífilis e, se normal, tratar com penicilina benzatina IM (50.000 UI/kg/dose, dose única).
- (C) O RN é assintomático, mas tem alto risco de sífilis congênita devido ao tratamento materno incompleto e VDRL neonatal 1:8. A conduta é, na impossibilidade da avaliação dos exames laboratoriais e radiográficos, tratar com penicilina cristalina IV (100.000-150.000 UI/kg/dia, divididos em doses a cada 12 h, nos primeiros 7 dias de vida, e a cada 8 h, após esse período, por 10 dias) e realizar um seguimento sorológico rigoroso.
- (D) O RN é considerado não infectado, pois o TR positivo pode ser falso-positivo devido à transferência passiva de anticorpos maternos. A conduta é apenas realizar um acompanhamento sorológico (VDRL) mensal até os 12 meses.

18. Recém-nascido (RN) a termo, 4 dias de vida, sexo feminino, nascido de parto vaginal e em aleitamento materno exclusivo, é examinado. Ao exame físico, o pediatra observa: discreta descamação fina e ressecamento nas regiões dos tornozelos e pés, pequenas pápulas esbranquiçadas, puntiformes, de 1-2 mm, no dorso do nariz e na fronte, uma área reticular azul-acinzentada, com cerca de 5 cm de diâmetro, na região lombossacra, que não desaparece à digitopressão e máculas eritematosas, algumas com pápulas e pústulas amareladas de 1-3 mm sobre base avermelhada, principalmente no tronco e face, sem comedões, poupando palmas e plantas.

Frente ao caso clínico apresentado, assinale a alternativa correta.

- (A) A presença de máculas eritematosas com pápulas e pústulas é consistente com acne neonatal, uma condição inflamatória benigna e autolimitada que não requer intervenção. A conduta mais apropriada é tranquilizar a mãe e orientar sobre a resolução espontânea, evitando tratamentos desnecessários.
- (B) A descamação e a presença das pápulas no dorso do nariz são fisiológicas. A área reticular azul-acinzentada na região lombossacra é uma mancha mongólica. A mãe deve ser orientada sobre sua benignidade e a importância do registro em prontuário para evitar futuras interpretações equivocadas (maus tratos).
- (C) A discreta descamação nos tornozelos e pés e as pápulas esbranquiçadas no nariz são achados normais. Contudo, as pústulas presentes nas máculas eritematosas indicam uma pustulose neonatal. A conduta mais apropriada é realizar cultura da secreção das pústulas para descartar infecção bacteriana e iniciar antibiótico tópico profilático, dada a imaturidade da barreira cutânea do RN.
- (D) A área reticular na região lombar é altamente sugestiva de cutis marmorata telangiectásica congênita e a criança deve ser cuidadosamente examinada para identificação de outras malformações vasculares, cardíacas e oculares comumente associadas.

19. Um recém-nascido (RN) a termo, pesando 3.200 g, nasceu de parto vaginal após trabalho de parto prolongado e desacelerações cardíacas fetais tardias. Os escores de Apgar foram 4, no 1º minuto, 6, no 5º minuto e 8, no 10º minuto. Uma gasometria da artéria umbilical, coletada imediatamente após o nascimento, revelou pH: 7.08; pCO₂: 50 mmHg e BE: -12 mEq/L. Com 3 horas de vida, o RN encontra-se letárgico, com hipotonia moderada, sucção débil e reflexos primitivos diminuídos, sem convulsões aparentes até o momento.

Com base nos dados apresentados e de acordo com as diretrizes atuais para encefalopatia hipóxico-isquêmica (EHI), qual a correta avaliação da condição neurológica do RN e a conduta apropriada?

- (A) EHI leve; apenas monitorar glicemia e neurodesenvolvimento.
- (B) EHI moderada; iniciar hipotermia terapêutica imediatamente.
- (C) Asfixia metabólica, mas não EHI moderada; apenas suporte geral.
- (D) Sinais inespecíficos de EHI; investigar infecção ou metabólica antes.

20. Recém-nascido (RN), sexo masculino, com 35 semanas e 3 dias de idade gestacional, nascido de cesariana eletiva devido à placenta prévia. Na primeira hora de vida, desenvolve desconforto respiratório leve a moderado, caracterizado por taquipneia (80 irpm), gemência e retrações subcostais leves. A oximetria de pulso em ar ambiente é de 90%, melhorando para 94% com oxigênio em capacete (FiO₂ 30%). A radiografia de tórax, realizada após 2 horas de vida, revela hiperinsuflação, discreta congestão perihilar e derrame pleural bilateral mínimo.

Frente ao exposto, qual o diagnóstico provável e a subsequente conduta correta para esse RN?

- (A) Síndrome do desconforto respiratório; considerar surfactante e CPAP.
- (B) Taquipneia transitória do RN; manter O₂ e iniciar CPAP nasal.
- (C) Pneumonia neonatal; colher hemocultura e iniciar antibióticos empíricos.
- (D) Persistência da circulação fetal; administrar óxido nítrico e ecocardiograma.

21. Escolar, sexo feminino, com 6 anos de idade, previamente hígido, com quadro de edema progressivo ao longo de 3 semanas, inicialmente percebido nas pálpebras ao acordar e evoluindo para um inchaço mais generalizado. Não há histórico de febre, lesões de pele, dor abdominal, alterações no padrão ou características urinárias, nem relatos de uso de antibióticos recentes. Há edema periorbital e em membros inferiores no exame físico. Os exames laboratoriais indicam proteinúria de > 40 mg/m²/hora, hipoalbuminemia, níveis séricos de C3 e C4 normais, colesterol total elevado e função renal preservada. A pressão arterial está normal para idade.

Segundo as informações apresentadas, assinale a afirmativa correta sobre a principal hipótese diagnóstica para essa criança.

- (A) A biópsia renal é imperativa antes de qualquer intervenção terapêutica.
- (B) Investigações adicionais, incluindo imunoglobulinas séricas e autoanticorpos, são necessárias antes de iniciar o tratamento.
- (C) O manejo inicial deve focar na correção nutricional e no controle do edema, evitando o uso de corticosteroides até que uma avaliação genética seja realizada.
- (D) O tratamento inicial deve incluir corticosteroides, com monitoramento rigoroso para possíveis efeitos adversos e exclusão de algumas infestações parasitárias.

22. Lactente, 18 meses de idade, sexo feminino, é levado ao pronto-socorro com febre (39 °C), há 2 dias, e irritabilidade. Não há sinais localizatórios no exame físico. Um exame de urina com urocultura, colhido adequadamente, é solicitado, confirmando uma infecção do trato urinário (ITU) por *E. coli* com > 100.000 UFC/mL. A bebê não possui história prévia de ITUs ou malformações congênitas conhecidas. Após iniciar antibioticoterapia, a criança apresenta melhora clínica.

Considerando esse primeiro episódio de ITU febril em um lactente, qual a sequência de investigação do trato urinário para o pediatra?

- (A) Realizar ultrassonografia de rins e vias urinárias nos próximos dias e, se normal, programar uretrocistografia miccional (UCM) apenas em caso de ITU febril recorrente.
- (B) Realizar ultrassonografia de rins e vias urinárias nos próximos dias e, obrigatoriamente, uretrocistografia miccional (UCM) em todos os casos de infecção urinária em meninas.
- (C) Manter antibioticoterapia, pois a boa resposta clínica e o fato de ser o primeiro episódio tornam qualquer investigação de imagem desnecessária.
- (D) Solicitar cintilografia renal com DMSA, imediatamente, para avaliar cicatrizes renais.

23. Um lactente de 9 meses, pesando 8 kg, é internado com gastroenterite grave e desidratação. Sua creatinina sérica basal era de 0.3 mg/dL. Nas últimas 6 horas, a diurese foi cuidadosamente monitorada e totalizou 20 mL. O RN está afebril e hemodinamicamente estável após hidratação inicial.

Com base nos critérios KDIGO para lesão renal aguda (LRA) em pediatria, é correto afirmar, sobre a condição renal desse lactente, que

- (A) a diurese atual de 0,41 mL/kg/hora, por 6 horas, não é suficiente para classificar como LRA.
- (B) a creatinina sérica deve aumentar pelo menos duas vezes seu valor basal para indicar LRA Estágio 1.
- (C) a diurese atual configura LRA Estágio 1, independentemente de alterações na creatinina sérica.
- (D) os critérios KDIGO para LRA em pediatria não incluem a diurese como um parâmetro diagnóstico.

24. Lactente, com 13 meses de idade é trazido pelos pais ao pronto-socorro devido ao rápido desenvolvimento de uma erupção cutânea generalizada. Os pais relatam que o quadro iniciou com febre baixa e irritabilidade, seguido pelo aparecimento de lesões avermelhadas difusas, que rapidamente evoluíram para bolhas flácidas que rompem facilmente ao toque. Ao exame físico, observa-se que a criança apresenta áreas extensas de epiderme descolada, expondo uma superfície úmida e vermelha abaixo. O sinal de Nikolsky está positivo. Não há envolvimento de mucosas e nem uso recente de medicamentos novos ou conhecidos.

Nesse contexto, qual o correto diagnóstico e manejo dessa condição?

- (A) O quadro é consistente com a síndrome de Stevens-Johnson, e o manejo deve focar no suporte de cuidados intensivos.
- (B) O quadro é de síndrome da pele escaldada estafilocócica, e o tratamento de escolha é a administração de antibióticos sistêmicos, além da terapêutica de suporte.
- (C) Os sintomas sugerem uma reação de hipersensibilidade a medicamentos, e o tratamento deve envolver corticosteroides sistêmicos.
- (D) O quadro clínico é clássico de erisipela e o tratamento com penicilina ainda é a primeira opção antibiótica de escolha.

25. Pré-escolar de 4 anos, sexo feminino, é trazida à consulta de puericultura por sua mãe, que está preocupada com o surgimento de pequenas lesões na pele da filha nos últimos 2 meses. Inicialmente, a mãe notou uma ou duas lesões nas axilas, mas agora elas se espalharam para o tronco e a região inguinal, totalizando cerca de 10 lesões. A criança frequenta a creche e não apresenta prurido significativo, dor ou outros sintomas sistêmicos. Ao exame físico, o pediatra observa pápulas firmes, arredondadas, de cor perolada a rósea, de 2 mm a 3 mm de diâmetro, caracteristicamente apresentando uma pequena depressão central (umbilicação).

Com base na apresentação clínica, qual o diagnóstico provável e a conduta adequada para essa criança?

- (A) Dermatite atópica; iniciar corticosteroide tópico e anti-histamínico oral.
- (B) Molusco contagioso; embora autolimitada, pode-se considerar tratamento para acelerar a resolução.
- (C) Impetigo; prescrever antibiótico tópico e investigar contato com outros casos na creche.
- (D) Verrugas vulgares; encaminhar para dermatologista para eletrocoagulação das lesões.

26. Durante uma entrevista, um repórter pergunta ao médico sobre diferenças, para os adolescentes, entre o calendário vacinal recomendado pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) em relação ao Programa Nacional de Imunizações (PNI) do Ministério da Saúde.

Com base nas diretrizes atuais, é correto afirmar que

- (A) a SBP orienta a vacinação anual com a vacina quadrivalente para influenza (gripe), que é muito superior à vacina trivalente disponível no PNI, para a proteção dos vírus circulantes entre adolescentes.
- (B) o PNI inclui a vacina contra o HPV 4-valente para as meninas e para os meninos. A SBP sugere a nova vacina 9-valente que, na prática, mantém o mesmo nível de proteção de câncer de colo uterino para as meninas, ampliando a proteção apenas para os meninos.
- (C) o PNI recomenda 1 dose da vacina contra os meningococos ACWY. A SBP recomenda 2 doses, na adolescência, para adolescentes que nunca foram imunizados com essa vacina quadrivalente e recebem a primeira dose aos 11 anos de idade.
- (D) o PNI não disponibiliza a vacina contra dengue para essa faixa etária não prioritária. A SBP recomenda a vacinação universal contra a dengue em adolescentes, de ambos os sexos, entre 10 a 14 anos.

27. Adolescente, sexo masculino, com 16 anos, procura atendimento médico com queixas relacionadas ao seu desenvolvimento puberal. Ao exame, encontra-se no estadiamento 3, segundo os critérios de Tanner, para genital, e 2 para pelos pubianos. Os testículos são pequenos e endurecidos. A avaliação antropométrica revela estatura no escore-z +2,7 e envergadura maior do que a estatura em 3 cm.

Com relação à principal hipótese diagnóstica, assinale a alternativa correta.

- (A) Não está indicada nenhum tipo de investigação, pois o paciente está com o desenvolvimento puberal habitual para idade.
- (B) Uma das queixas mais comuns nessa doença costuma ser o comprometimento do olfato (anosmia ou hiposmia).
- (C) Nessa doença, o padrão hormonal comumente esperado é de um hipogonadismo hipergonadotrófico.
- (D) O paciente geralmente apresenta inteligência superior à média, sem quaisquer dificuldades de aprendizado ou problemas progressivos de linguagem.

28. Adolescente, sexo feminino, 15 anos de idade, é trazida à clínica por sua mãe após descobrir cortes nos braços da filha. A mãe está preocupada, pois essa não é a primeira vez que encontra tais marcas. A adolescente admite que tem se sentido sobrecarregada com a pressão escolar e problemas pessoais e que se corta como forma de alívio. Ela nega qualquer intenção suicida e diz que quer apenas aliviar a tensão. Não há histórico de doenças psiquiátricas diagnosticadas previamente, mas a adolescente relata sentimentos frequentes de tristeza e ansiedade. O exame físico não mostra sinais de infecção ou lesões graves, e a adolescente coopera no relato sobre seus pensamentos durante a consulta.

Considerando o caso apresentado e o manejo dessa condição em adolescentes, qual é a abordagem apropriada para essa paciente?

- (A) Iniciar imediatamente um tratamento com antidepressivos, pois a autolesão é um indicativo específico de depressão maior.
- (B) Hospitalizar a adolescente para monitoramento e prevenção de comportamentos futuros de autolesão, mesmo que ela negue intenção suicida.
- (C) Indicar psicoterapia focada em habilidades de regulação emocional e estratégias de enfrentamento, como terapia comportamental.
- (D) Envolver a adolescente em atividades esportivas intensas para canalizar a energia de forma positiva e reduzir o comportamento de autolesão.

29. Segundo o DSM-5-TR, o transtorno de oposição desafiante é caracterizado por um conjunto de sintomas de três categorias possíveis. Essas características são:

- (A) prejuízo da empatia, violações graves de regras e comportamento questionador/desafiante.
- (B) índole vingativa, prejuízo da empatia e humor raivoso/irritável.
- (C) violações graves de regras, índole vingativa e prejuízo da empatia.
- (D) comportamento questionador/desafiante, humor raivoso/irritável e índole vingativa.

30. Durante um plantão na enfermaria pediátrica, dois pediatras presenciam o colapso súbito de uma criança de 4 anos de idade, pesando aproximadamente 18 kg, sem histórico médico relevante prévio. Ao se aproximarem, a criança está inconsciente e não respira. Após verificar rapidamente o pulso braquial, um dos pediatras não o sente durante 8 segundos, enquanto o outro já prepara o material para ventilação e aciona o time de resposta rápida.

Nesse contexto, qual a sequência correta de ações para o início da reanimação cardiopulmonar (RCP)?

- (A) Iniciar compressões com uma mão, profundidade de 4 cm, na relação de 30:2, checando o pulso braquial a cada 2 minutos.
- (B) Iniciar compressões torácicas com duas mãos, profundidade de 5 cm, frequência de 100-120/min e relação 15:2 de compressões-ventilações.
- (C) Priorizar a ventilação com 1 a cada 3 segundos e compressões a 100/min, preparando o desfibrilador externo automático (DEA) para desfibrilação imediata.
- (D) Alternar entre os pediatras a cada minuto, com compressões usando dois dedos na metade inferior do esterno, profundidade de 4 cm, e ventilar 20-30 vezes por minuto.

31. Pré-escolar, sexo feminino, de 3 anos, pesando 15 kg, é admitida no pronto-socorro em insuficiência respiratória grave por crise de broncoespasmo refratária a broncodilatadores nebulizados e corticosteroides sistêmicos. Ela está rapidamente fatigando e torna-se sonolenta. A equipe decide pela sequência rápida de intubação (SRI).

Nesse cenário, qual a correta sequência de ações com base nas recomendações atuais para o início da intubação orotraqueal (IOT)?

- (A) Selecionar cânula sem cuff de 4.0 mm, usar succinilcolina e priorizar ventilação com bolsa-valva-máscara (BVM) antes da laringoscopia.
- (B) Pré-mediar com fentanil, sedar com quetamina, paralisar com rocurônio, intubar com cânula com cuff de 4.0 mm e confirmar com capnografia.
- (C) Iniciar IOT imediatamente sem pré-medicação, usar lâmina reta, cânula com cuff de 4.5 mm e checar pulso braquial a cada 2 minutos.
- (D) Administrar atropina, sedar com propofol, usar succinilcolina, intubar com cânula de 4.5 mm sem cuff e confirmar com ausculta e raio-X.

32. Lactente, 2 anos, pesando 12 kg, com histórico de febre e irritabilidade, há 24 horas, apresenta deterioração súbita na sala de emergência. Ela está letárgica, com pulsos periféricos fracos e rápidos, tempo de enchimento capilar de 4 segundos e cianose labial. O monitor cardíaco mostra frequência cardíaca (FC) de 210 bpm, e a pressão arterial (PA) é de 70/40 mmHg. O eletrocardiograma (ECG) no monitor revela uma taquicardia regular de QRS largo (100 ms). A equipe já iniciou oxigênio suplementar e obteve um acesso venoso periférico.

Considerando o quadro clínico e eletrocardiográfico, qual a conduta subsequente para o manejo inicial dessa paciente?

- (A) Administrar adenosina intravenosa (IV), 0.1 mg/kg, enquanto prepara a cardioversão sincronizada.
- (B) Realizar cardioversão sincronizada imediata com energia inicial de 0.5-1 J/kg.
- (C) Tentar manobras vagais e, se não houver resposta, administrar amiodarona IV.
- (D) Iniciar compressões torácicas e preparar desfibrilação com 2 J/kg, pois se trata de uma taquicardia ventricular sem pulso iminente.

33. Lactente, sexo masculino, com sete meses de idade, apresentou a erupção de seu primeiro dente decíduo.

Assinale a alternativa correta sobre os cuidados com a saúde bucal desse bebê?

- (A) A higienização deve ser com utilização de creme dental sem flúor, na quantidade equivalente a um grão de arroz.
- (B) A higienização deve ser com utilização de creme dental com flúor, na quantidade equivalente a um grão de arroz.
- (C) A higienização deve ser com utilização de creme dental sem flúor, na quantidade equivalente a um grão de ervilha.
- (D) A higienização deve ser sem utilização de creme dental, enquanto a criança não aprende a cuspir.

34. Escolar, sexo masculino, com 6 anos, é levado ao pronto-socorro com queixa de otalgia intensa e súbita no ouvido direito, acompanhada de febre (38.8 °C) e mal-estar geral, iniciados há 12 horas. A mãe relata que a criança não apresentou coriza, tosse ou outros sintomas de infecção de vias aéreas superiores (IVAS) nos últimos dias. Ao exame físico, o pediatra encontra a membrana timpânica direita com hiperemia discreta e, também uma grande bolha tensa e translúcida, preenchida por líquido seroso, ocupando a maior parte do quadrante póstero-superior da membrana timpânica. A MT esquerda está normal. Não há sinais de secreção no conduto auditivo externo.

Considerando o exposto, qual o diagnóstico provável e o manejo correto dessa condição?

- (A) Otite média aguda (OMA) severa; iniciar amoxicilina 90 mg/kg/dia e analgésico.
- (B) Otite externa (OE); iniciar antibiótico tópico otológico e analgésico.
- (C) Otite média crônica; prescrever analgésico e anti-biototerapia oral com amoxicilina, devido à suspeita de coinfeção bacteriana.
- (D) Miringite bolhosa; prescrever analgésico e reavaliar clinicamente.

35. Com relação à resistência do *Streptococcus pneumoniae* às penicilinas na pediatria, é correto afirmar que

- (A) a resistência do *S. pneumoniae* às penicilinas é primariamente mediada pela produção de beta-lactamases, implicando uma sensibilidade cruzada uniforme com todos os macrolídeos.
- (B) a suscetibilidade do *S. pneumoniae* à penicilina, determinada pela concentração inibitória mínima (CIM), é interpretada de forma local-específica, sendo os pontos de corte para infecções do sistema nervoso central consideravelmente mais baixos do que para infecções não-meníngeas.
- (C) a ampla cobertura das vacinas pneumocócicas conjugadas levou à erradicação completa das cepas de *S. pneumoniae* resistentes à penicilina em todas as faixas etárias, tornando a vigilância da resistência desnecessária.
- (D) isolados de *S. pneumoniae*, classificados como "resistentes intermediários" à penicilina, com CIM entre 2 e 4 µg/mL para infecções não-meníngeas, nunca devem ser tratados com doses elevadas de amoxicilina oral, com risco de piora do cenário de resistência.

36. Considerando aos conceitos fisiopatológicos e de manejo do choque séptico em pediatria, assinale a alternativa que apresenta corretamente uma particularidade da resposta fisiológica infantil.
- (A) A hipoperfusão tecidual no choque séptico pediátrico é predominantemente causada por vasodilatação periférica generalizada, tornando os vasopressores a terapia de primeira linha, mesmo antes da expansão volêmica.
 - (B) Diferente dos adultos, o miocárdio de crianças pequenas tem pouca reserva para aumentar o volume sistólico, dependendo primariamente da frequência cardíaca para manter o débito cardíaco durante o choque.
 - (C) O aumento do débito cardíaco, e não a queda da resistência vascular periférica, é o principal fator associado à mortalidade no choque séptico pediátrico, justificando o papel precoce de inotrópicos em choque refratário a fluidos.
 - (D) A categorização do choque em “quente” ou “frio”, com base exclusivamente em sinais de exame físico, é altamente acurada em pediatria e deve ser o único guia para a escolha inicial do agente vasoativo.
37. Escolar, sexo masculino, com 8 anos, vítima de atropelamento, chega ao pronto-socorro com Glasgow de 6, anisocoria esquerda (pupila esquerda dilatada e hiporreativa) e hemiparesia direita. A tomografia computadorizada (TC) de crânio revela hematoma extradural temporal esquerdo significativo com desvio de linha média e sinais de herniação transtentorial. Após intubação orotraqueal e estabilização hemodinâmica inicial, ele é encaminhado para avaliação neurocirúrgica e para a unidade de terapia intensiva (UTI) pediátrica para monitorização e manejo da pressão intracraniana (PIC). A monitorização da PIC invasiva mostra um valor de 28 mmHg, com pressão arterial média (PAM) de 70 mmHg.
- A partir dos dados apresentados, qual a conduta adequada para esse paciente ?
- (A) Manter o paciente em normovolemia e iniciar imediatamente manitol a 20%, 0,25 g/kg IV, em *bolus*, com o objetivo de manter a pressão de perfusão cerebral (PPC) acima de 70 mmHg.
 - (B) Iniciar hiperventilação vigorosa para manter a PaCO₂ entre 25-30 mmHg, e administrar dexametasona IV em dose de ataque de 1 mg/kg.
 - (C) Administrar solução salina hipertônica a 3% (NaCl 3%), em *bolus* de 2 mL/kg IV, elevar a cabeça a 30 graus, manter normotermia e otimizar a sedação para controle da PIC.
 - (D) Administrar propofol em infusão contínua para sedação profunda, sem interrupções, e aguardar a resposta neurocirúrgica antes de qualquer intervenção osmótica.
38. Escolar, sexo feminino, com 5 anos, pesando aproximadamente 20 kg, é trazida ao pronto-socorro após uma queda de 3 metros de altura, com impacto na região craniana. Ela está letárgica (Glasgow 10), com frequência respiratória de 35 irpm, assimetria de murmúrios vesiculares à esquerda e discreta tiragem intercostal. Seus pulsos periféricos são rápidos (130 bpm) e fracos, com tempo de enchimento capilar de 3 segundos.
- Nesse contexto, de acordo com as diretrizes de atendimento ao politraumatizado pediátrico na sala de emergência, qual a sequência correta de ações no manejo inicial desse paciente?
- (A) Realizar manobras de elevação do queixo e tração da mandíbula, coletar sangue para tipagem e cruzar, e providenciar uma manta térmica para prevenir hipotermia.
 - (B) Proteger a coluna cervical, garantir via aérea pérvia e administrar oxigênio, iniciar um *bolus* de 20 mL/kg de solução cristaloide e realizar uma breve avaliação neurológica.
 - (C) Priorizar a rápida intubação orotraqueal devido ao Glasgow de 10, iniciar imediatamente um vasopressor para a hipotensão e aguardar o neurocirurgião para decidir sobre a tomografia.
 - (D) Administrar um *bolus* de 10 mL/kg de albumina para tratar o choque, realizar uma radiografia lateral de coluna cervical e aguardar o resultado da gasometria para otimizar a ventilação.
39. Escolar de 7 anos, pesando 25 kg, é admitido no pronto-socorro com crise asmática grave refratária ao tratamento inicial. Após deterioração clínica e intubação orotraqueal, a equipe decide iniciar ventilação mecânica. Os parâmetros gasométricos pré-intubação mostram pH: 7.20 e PaCO₂: 60 mmHg.
- Considerando o objetivo de evitar complicações, como o barotrauma e o aprisionamento aéreo, qual dos princípios de ajuste ventilatório é mais importante para esse paciente?
- (A) Utilizar uma frequência respiratória elevada para eliminar rapidamente o CO₂ acumulado e corrigir a acidose.
 - (B) Priorizar volumes correntes altos (10-12 mL/kg) para garantir a expansão pulmonar completa.
 - (C) Assegurar um tempo expiratório prolongado (relação I:E de 1:3 ou 1:4) para permitir o esvaziamento pulmonar.
 - (D) Manter a pressão expiratória final positiva (PEEP) o mais alta possível (8-10 cm H₂O) para prevenir o colapso das vias aéreas.

40. Pré-escolar, sexo feminino, com 4 anos, previamente saudável, chega ao pronto-socorro após cair no parquinho e apresenta uma laceração profunda na testa que necessita de sutura. Ela está chorando intensamente, muito assustada e não colabora para que o médico examine a ferida.

Qual a conduta correta de acordo com as recomendações de sedação e analgesia em procedimentos de emergência pediátrica para esse caso?

- (A) Iniciar imediatamente a sutura após anestesia local, utilizando contenção física vigorosa para imobilizar a criança.
- (B) Administrar paracetamol oral e aguardar a criança se acalmar naturalmente antes de iniciar o procedimento.
- (C) Oferecer analgesia local e considerar sedação leve a moderada com midazolam oral ou intranasal, sob monitorização adequada.
- (D) Encaminhar a criança para centro cirúrgico para sutura sob anestesia geral, devido à falta de colaboração.

41. Escolar, sexo feminino, com 6 anos e meio, comparece à Unidade Básica de Saúde porque seu pai foi recentemente diagnosticado com tuberculose. A criança está assintomática.

Sobre a possibilidade da realização do IGRA (*Interferon Gamma Release Assay*), é correto afirmar que

- (A) está indicado para crianças após os seis meses de idade.
- (B) não há interferência da vacinação prévia por tuberculose.
- (C) o exame consegue distinguir facilmente a infecção da doença.
- (D) o exame pode detectar micobactérias resistentes.

42. Uma lactente de 12 meses de idade é levada ao pediatra devido a palidez, irritabilidade e dificuldade de ganho de peso. A mãe relata que a alimentação complementar é baseada em papinhas de frutas e mingau, com pouca oferta de carne ou leguminosas. O hemograma atual revela hemoglobina (Hb) de 8,5 g/dL, volume corpuscular médio (VCM) de 68 fL e hemoglobina corpuscular média (HCM) de 22 pg.

Nesse contexto, qual a conduta correta?

- (A) Solicitar dosagem de vitamina B12 e folato séricos.
- (B) Encaminhar para hemotransfusão de urgência.
- (C) Agendar eletroforese de hemoglobina para investigação de hemoglobinopatia.
- (D) Iniciar suplementação com sais orais de ferro e orientações dietéticas.

43. Um lactente de 7 meses, em aleitamento materno exclusivo e com adequado desenvolvimento neuropsicomotor (já senta sem apoio, leva objetos à boca e demonstra grande curiosidade pelos alimentos), é levado à consulta de puericultura para orientação sobre a alimentação complementar. A mãe, com histórico familiar de alergia alimentar (ela própria teve alergia a ovo na infância e o pai do bebê tem alergia a peixe), expressa grande receio em introduzir esses alimentos, temendo uma reação alérgica grave no filho.

Considerando as recomendações atuais para a introdução da alimentação complementar e a "janela de tolerância imunológica", qual a orientação correta?

- (A) Postergar a introdução de ovo e peixe para após os 12 meses de idade, pois o histórico familiar de alergia eleva o risco e a janela de tolerância se estende por todo o primeiro ano.
- (B) Iniciar a oferta de cereais infantis fortificados e purês de frutas e vegetais e, somente então, após 9 meses, introduzir pequenas quantidades de ovo cozido e peixe assado, separadamente, sob rigorosa observação.
- (C) Recomendar a introdução gradual de alimentos amassados variados, incluindo pequenas porções de ovo e peixe, de forma individualizada e sob observação, mantendo o aleitamento materno e evitando sal e açúcar, dada a importância da janela imunológica.
- (D) Sugerir a realização de testes cutâneos ou exames de sangue para alergia a ovo e peixe antes da introdução e, se negativos, introduzi-los livremente a partir dos 8 meses de idade.

44. Um lactente de 4 meses de idade, nascido a termo com peso adequado, sem intercorrências e com acompanhamento pré-natal adequado, está em aleitamento materno exclusivo. Na consulta de puericultura, a mãe questiona se há alguma necessidade de suplementação para prevenir anemia, já que ouviu dizer que o leite materno é completo.

Considerando as recomendações atuais da Sociedade Brasileira de Pediatria, qual a orientação adequada que o pediatra deve fornecer à mãe?

- (A) A suplementação de ferro elementar deverá ser iniciada a partir dos 6 meses de idade, na dose de 1 mg/kg/dia, concomitantemente à introdução da alimentação complementar.
- (B) O aleitamento materno confere proteção contra a anemia ferropriva, portanto, não é necessária qualquer suplementação, enquanto a criança recebe leite materno.
- (C) Iniciar suplementação profilática de ferro elementar com 1 mg/kg/dia, a partir dos 3 meses de idade, e mantê-la de forma contínua até os 2 anos, independentemente do regime de aleitamento.
- (D) Realizar um hemograma de rastreamento aos 6 meses de idade e, se os níveis de hemoglobina estiverem abaixo de 11 g/dL, iniciar o tratamento com ferro.

45. Um lactente de 18 dias de vida, nascido a termo com 3.200 g e na alta com 3.100 g, é trazido para consulta de rotina. A mãe relata amamentação exclusiva em livre demanda, com o bebê mamando “o tempo todo” e parecendo insatisfeito após as mamadas, com episódios frequentes de choro. O peso atual é de 3.050 g. Ao exame físico, o lactente está ativo e alerta, com boa coloração, sem icterícia e com elasticidade da pele e turgor normais. A mãe, experiente em amamentação com outros filhos, relata conseguir espremer manualmente cerca de 50-60 mL de leite de um único seio, após a mamada, mas está preocupada com a insatisfação do bebê.

Com base nas informações apresentadas, qual a hipótese diagnóstica provável e a conduta inicial para esse caso?

- (A) Hipogalactia materna secundária à produção inadequada de leite, apesar da expressão manual, indicando suplementação imediata com fórmula e investigação de galactogogos.
- (B) Ineficácia da transferência de leite materno devido a dificuldades de pega e/ou sucção, necessitando de observação direta da mamada por profissional qualificado e correção da técnica.
- (C) Desidratação hipernatrêmica subclínica ou deficiência enzimática congênita, impondo internação para monitorização e investigação laboratorial completa, incluindo eletrólitos e testes metabólicos.
- (D) Transtorno do tônus muscular ou alteração neurológica sutil do lactente, que impede uma sucção eficaz, justificando encaminhamento prioritário para neurologista pediátrico e fonoaudiólogo.

46. Escolar, sexo feminino, com 6 anos de idade, é levada à consulta pediátrica devido ao aparecimento de desenvolvimento mamário bilateral (Tanner M2) há aproximadamente 3 meses. A mãe também nota um aumento na velocidade de crescimento da filha, nos últimos 6 meses, com a necessidade de troca de vestuário mais frequente. A idade óssea (radiografia de mão e punho esquerdo) está avançada, em 2 anos, em relação à idade cronológica. Exames hormonais basais revelam níveis de estradiol ligeiramente elevados para a idade, com LH e FSH ambos indetectáveis.

Considerando os achados clínicos e laboratoriais, qual a conduta adequada e imperativa para a investigação desse caso?

- (A) Iniciar tratamento com agonista de GnRH, pois o avanço da idade óssea e o desenvolvimento mamário são suficientes para diagnosticar puberdade precoce central.
- (B) Realizar imediatamente tomografia pélvica e abdominal para investigar causas de puberdade precoce periférica.
- (C) Prosseguir com um teste de estimulação com GnRH para confirmar a ativação do eixo hipotálamo-hipofise-gonadal, pois níveis basais de LH indetectáveis não excluem sua ativação pulsátil em fases iniciais.
- (D) Aconselhar a mãe que o quadro é de telarca precoce isolada, uma condição benigna que regride espontaneamente, e que a observação clínica é suficiente por enquanto.

47. Lactente, sexo feminino, com 17 meses de idade, com história de ter apresentado sua primeira crise convulsiva. A criança está febril, com temperatura de 38,5 °C, e a convulsão, segundo relato dos pais, foi do tipo tônico-clônica generalizada, durou aproximadamente 4 minutos. O exame neurológico, após a recuperação da convulsão, está normal, com apenas uma discreta sonolência.

Após a estabilização inicial dessa criança, é correto afirmar que a conduta apropriada a seguir é

- (A) fazer uma tomografia computadorizada (TC) de crânio imediatamente, para excluir causas estruturais da convulsão.
- (B) administrar dose única de diazepam retal ao apresentar febre nas próximas horas, para prevenir recorrência de convulsão febril.
- (C) educar os pais sobre o manejo da febre, evitando-se o tratamento anticonvulsivante profilático, pois há baixa probabilidade de progressão para epilepsia.
- (D) administrar antitérmico regularmente, de horário, durante as próximas 48 horas, alternando-se diferentes classes de antitérmicos em intervalos mais curtos para o controle da temperatura.

48. Durante uma consulta de rotina, a mãe de uma criança de 18 meses relata que, ao olhar para o filho em determinadas luzes ou em fotos com flash, percebe um “reflexo branco” ou “brilho diferente” no centro do olho direito. Ao realizar o teste do reflexo vermelho, o pediatra identifica a ausência do reflexo vermelho no olho direito e a presença de um reflexo esbranquiçado.

Diante desse achado, a correta suspeita diagnóstica é

- (A) uveíte de câmara anterior.
- (B) obstrução do ducto lacrimal.
- (C) um estigma de conjuntivite alérgica.
- (D) retinoblastoma.

49. Um lactente de 4 meses de idade, previamente saudável, é internado com diagnóstico de bronquiolite viral grave. Apesar de oxigenoterapia por cânula nasal de alto fluxo (CNAF) a 6 L/min e FiO_2 : 0.5 (mantendo SpO_2 entre 90-92%), hidratação venosa rigorosa e aspirações nasais frequentes, o bebê apresenta deterioração progressiva nas últimas 4 horas. Atualmente, a frequência respiratória é de 78 incursões por minuto, com tiragem intercostal e subcostal intensa, batimento de aletas nasais, letargia intermitente e gemência audível. Uma gasometria arterial revela pH: 7.22, $PaCO_2$: 70 mmHg; PaO_2 : 55 mmHg e lactato de 4.8 mmol/L.

Perante esse quadro, qual a conduta terapêutica correta?

- (A) Aumentar o fluxo da CNAF para o máximo tolerado (8-10 L/min) e a FiO_2 para 1.0, também considerar um teste terapêutico com broncodilatador inalatório para avaliar resposta.
- (B) Iniciar corticoterapia sistêmica com dexametasona, visando reduzir o processo inflamatório das pequenas vias aéreas e diminuir o trabalho respiratório.
- (C) Proceder à intubação orotraqueal e iniciar ventilação mecânica invasiva com uma estratégia de proteção pulmonar, pois há sinais de falência respiratória hipercapneica e fadiga.
- (D) Optar por ventilação com pressão positiva contínua nas vias aéreas (CPAP) via máscara nasal, como forma de suporte respiratório não invasivo, evitando a intubação orotraqueal.

50. Escolar, sexo masculino, 8 anos, é trazido pelos pais à consulta de puericultura com queixas de queda no rendimento escolar, dificuldade de concentração e inquietude na sala de aula nos últimos 6 meses. Os pais, preocupados e influenciados por informações na internet, sugerem que o problema seja neurológico e pedem um diagnóstico preciso e medicação para a escola. A criança, por sua vez, relata sentir-se cansada e sem vontade de ir à escola ultimamente. O exame físico é completamente normal.

Considerando o conceito de prevenção quaternária, qual a conduta inicial correta que o pediatra deve adotar nesse caso?

- (A) Solicitar eletroencefalograma (EEG) e ressonância magnética (RM) do encéfalo para descartar causas orgânicas e, se negativas, iniciar empiricamente uma medicação para transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) caso a demanda familiar por uma solução farmacológica persista.
- (B) Recomendar que os pais apliquem disciplina mais rigorosa em casa e na escola, com foco em tarefas e horários, pois o exame físico normal da criança descarta doenças e indica que o problema é primariamente comportamental ou de falta de limites.
- (C) Realizar uma anamnese psicossocial aprofundada, em privacidade com a criança e separadamente com os pais, investigando estressores ambientais, qualidade do sono, tempo e conteúdo de uso de telas, dinâmica familiar e expectativas escolares, antes de considerar exames diagnósticos ou intervenções farmacológicas.
- (D) Encaminhar imediatamente para avaliação com neuropediatra e psicopedagogo para um parecer especializado e intervenção em dificuldades de aprendizagem, visando a uma solução rápida para a performance escolar, dada a preocupação dos pais.

Os rascunhos não serão considerados na correção.

RASCUNHO

NÃO ASSINE ESTA FOLHA

Os rascunhos não serão considerados na correção.

RASCUNHO

NÃO ASSINE ESTA FOLHA

